CLAUDIO MANTOAN

FONDAMENTI di PSICOLOGIA CLINICA

per le lauree triennali e magistrali

GG
SORBONA

EDIZIONI IDELSON GNOCCHI
dal 1908
GG

FONDAMENTI
di
PSICOLOGIA CLINICA

CLAUDIO MANTOAN

FONDAMENTI
di
PSICOLOGIA CLINICA

per le lauree triennali e magistrali

con 70 figure e 10 tabelle

SORBONA

INDICE GENERALE

PREFAZIONE

La psicologia clinica è una disciplina che è entrata a pieno titolo nell'offerta formativa dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e nei corsi di preparazione degli operatori in ambito sanitario e sociale. L'evoluzione dei bisogni assistenziali e gli aspetti della multidimensionalità sono oggi il quadro in cui si sviluppano i problemi di salute della popolazione. I contatti quotidiani con le persone sofferenti e i loro caregiver richiedono sempre più l'applicazione, da parte del personale sanitario, di competenze specialistiche del proprio settore integrate con quelle psicologiche. Uno dei fondamentali paradigmi del nursing definisce l'uomo/persona come sistema aperto che interagisce con il contesto di vita superando la visione di uomo malato come oggetto passivo di cura. Una maggiore conoscenza e comprensione delle persone sofferenti favorisce una visione inscindibile dell'unità somatopsichica in relazione con le persone di riferimento e con l'ambiente.

Questo lavoro ripercorre la storia della psicologia e il ruolo della disciplina focalizzandosi sugli aspetti critici come il trauma e lo stress in relazione ai bisogni di conoscenza degli operatori sanitari. Le difficoltà che ogni giorno gli operatori del settore incontrano sono strettamente collegate con le complessità organizzative e assistenziali. Alcuni temi trattati in questo testo come la comunicazione interpersonale e la conoscenza degli aspetti peculiari su cui si fonda, sono di fondamentale importanza per una assistenza centrata sulla persona.

È un testo che si segnala per la facilità della consultazione nella completezza dei contenuti, in una sintesi che lo rende disponibile pressoché a tutte le professioni sanitarie.

LUCIANO LIZIERO

Coordinatore delle Attività Formative e Docente del Corso di Laurea in Infermieristica
Università degli Studi di Padova – sede di Monselice

1 PSICOLOGIA

Un po' di storia

La psicologia è una scienza che studia il comportamento umano e animale, con particolare riguardo ai fenomeni affettivi e mentali. Quindi, qual è il motivo per cui vale la pena d'interessarsi alla "storia della Psicologia"?

Per due ragioni. La prima è che la psicologia, più che altri ambiti scientifici, è in una fase di grande evoluzione, necessitando, perciò, di un tracciato che guidi attraverso la tortuosità di questo sviluppo. La seconda è data dall'osservare che la conoscenza del passato contrasta il ripetersi di errori: «*Nella storia della scienza si trovano parecchi esempi di scoperte e intuizioni che si supponevano nuove e che invece erano state anticipate anni prima* (D. P. Schultz).».

Dalle domande…

L'umanità presenta la caratteristica universale di non riuscire ad accettare gli eventi come tali, ma ha bisogno di darsi delle spiegazioni. A qualunque latitudine, in qualsiasi continente e in ogni condizione climatica si trovi, il genere umano si chiede sempre: «*Perché questo? Perché proprio così?*». Di fronte ad un qualsivoglia fenomeno, la specie umana deve darsi, comunque, una qualche spiegazione su quanto succede: le è praticamente impossibile vivere senza avere una risposta sulle cause di ciò che le sta attorno. Si tratta di un "vincolo mentale" che interessa tutto ciò con cui l'umanità viene in contatto, una "*forma mentis*" che è pure all'origine della religiosità.

Ovviamente non potevano rimanere estranee, a tutto questo indagare e ricercare, le domande sul proprio comportamento: «*Come mai ci comportiamo così?*», «*Perché ci piacciono certe cose piuttosto di altre?*», «*Cosa ci spinge a scegliere in un modo anziché in un altro*» oppure «*Come mai si provano le emozioni?*».

Era inevitabile che questi interrogativi, prima o poi, attirassero l'interesse delle persone, entrando nelle riflessioni non solo degli studiosi ma anche della gente comune. Compresa la domanda più impegnativa di tutte: «*Come funziona la nostra "mente"?*». È stato il prepotente bisogno di trovare le risposte a tutti questi quesiti, che ha dato inizio al cammino della "Psicologia".

Il termine stesso di psicologia è indicativo dello sforzo di comprendere una realtà non percepibile dai sensi, eppure inconfutabilmente concreta: il pensiero. "Psicologia" è una parola formata dall'unione di due vocaboli greci: ψüXή ("anima", pron. *psichè*) e λόγία ("studio", pron. *logìa*). Pertanto, il suo significato preciso è quello di "studio dell'anima": cioè, l'impegno per comprendere e spiegare l'aspetto essenziale e più intimo dell'identità umana.

… alla ricerca…

Le riflessioni più antiche, di cui si ha notizia, sulle peculiarità del comportamento e sul modo di agire del genere umano, si ritrovano negli scritti di filosofia e di teologia. La principale differenza tra la psicologia moderna e i suoi precedenti non è nelle

domande o nell'oggetto dello studio, ma nei metodi utilizzati per la ricerca delle risposte.

Sino quasi alla fine del 1800, l'uomo condusse l'indagine su se stesso utilizzando la speculazione, l'interpretazione e l'intuizione nell'osservazione delle proprie esperienze. Un fattore decisivo e rivoluzionario, nel cambiare la modalità e la struttura degli studi, si rivelò l'utilizzo di strumenti e di metodi tipici della scienza.

S'iniziò a supportare gli studi sulla natura umana con esperimenti controllati e con la sistematica raccolta dei dati. Attraverso questa metodologia, la psicologia cominciò a staccarsi dalla filosofia; da qui in avanti, è stato un continuo affinamento degli strumenti e delle tecniche di osservazione, con lo scopo della precisione e dell'obbiettività delle ricerche.

Quello che viene considerato il primo laboratorio di psicologia nel mondo, venne fondato a Lipsia, in Germania, nel 1879 (anche se alcuni storici sostengono la data del 1875) da Wilhelm Wundt. Sempre Wundt inaugurò, nel 1881, quella che è stimata essere stata la prima rivista a trattare argomenti di psicologia sostenuti da prove empiriche: la *Philosophische Studien*.

Nel 1888, ma questa volta negli USA, fu istituita, presso l'Università della Pennsylvania, la prima cattedra di psicologia col prof. James McKeen Cattell. Ancora negli Stati Uniti, venne fondata la prima organizzazione scientifica di psicologi; l'*American Psycological Association*.

Se da un lato la psicologia iniziava un percorso di scienza a sé, dall'altro i primi fisiologi stavano compiendo notevoli progressi nello studio e nella comprensione dei processi nervosi relativi alle funzioni mentali. Alla fine, psicologi e fisiologi finirono per incontrarsi lungo un percorso che dura tutt'oggi: è stato, infatti, un fisiologo russo, Ivan Petrovitch Pavlov, a scoprire, all'inizio del XX sec., le leggi del condizionamento.

Schematicamente, per renderne più facile una visione d'insieme, la storia della psicologia moderna la si può distinguere in tre momenti:

1 il momento "filosofico" (da Descartes a Fechner);
2 il periodo "istituzionale" (da Wundt sino alla fine degli anni '20);
3 il momento della "psicologia sperimentale" (dal 1930 ad oggi).

• René Descartes (1596-1650), filosofo francese conosciuto in Italia col nome di Cartesio, cercò di rendere la psicologia, pur mantenendola in ambito filosofico, compatibile con i progressi delle scienze fisiche: Galileo Galilei stava rivoluzionando il mondo della fisica con l'introduzione dei concetti di "moto" e di "inerzia", mentre il medico inglese William Harvey, con la scoperta della circolazione sanguigna (1628), apriva la strada a spiegazioni della fisiologia in termini fisici.

L'apporto maggiore che Descartes diede alla psicologia è stato, probabilmente, quello di cercare una soluzione all'annoso dilemma del rapporto fra mente e corpo. Egli riteneva che la mente e il corpo fossero due entità distinte: l'anima e la mente non erano limitate ma libere e immateriali, mentre il corpo aveva una dimensione materiale che funzionava secondo i principi della meccanica. La proprietà caratteristica della mente è il pensare, che il corpo non possiede: pertanto, è attraverso la mente che si acquistava la conoscenza. Resta famosa la sua affermazione: «*Cogito, ergo sum!* (Penso, quindi esisto!)». Il punto d'unione tra mente e corpo lo si trovava nell'epifisi (o "ghiandola pineale"), essendo questa l'unica parte singola e non divisa (come i due emisferi).

Secondo Descartes, nella mente si generavano due diversi tipi di idee: quelle "derivate" e quelle "innate". Le idee derivate erano il risultato dell'applicazione diretta di uno stimolo esterno (ad esempio, il suono di una campana o la vista di un albero), e quindi conseguenti all'esperienza sensoriale. Invece, le idee innate si sviluppavano al di fuori della mente o della coscienza, e fra queste si ritrovavano le idee di sé, di Dio, gli assiomi della geometria e il concetto della perfezione.

• Gustav Theodor Fechner (1801-1887), medico, fisiologo, fisico, psicofisico e filosofo tedesco, ebbe il grande merito di mettere a punto dei procedimenti in grado di analizzare e valutare l'inafferrabile e immateriale realtà della mente. Per Fechner

il corpo e l'anima erano due entità uguali, essendo espressioni della stessa unità fondamentale, e la differenza tra loro derivava solamente dai metodi con cui erano valutate.

Con l'obiettivo di dimostrare empiricamente le sue convinzioni filosofiche, intuì che la legge su cui si basava la connessione tra mente e corpo stava nel definire, in termini di quantità, il rapporto fra la sensazione mentale e lo stimolo materiale: infatti, se si aggiunge la luce di una torcia a quello di un'altra torcia già accesa, si ottiene un aumento maggiore di sensazione che se si aggiungesse la luce di una torcia a quella di altre dieci.

Quindi, a un incremento dell'intensità dello stimolo non corrispondeva la percezione di un pari aumento dell'intensità data dalla sensazione. La caratteristica dello stimolo è una "serie geometrica" (lineare), mentre la particolarità della sensazione è una "serie aritmetica" (misurabile con la matematica).

• Wilhelm Wundt (1832.1920), fisiologo e psicologo tedesco, è stato determinante per lo sviluppo della psicologia scientifica: l'oggetto di studio, il metodo e l'orientamento della ricerca furono specificati e disciplinati grazie solo alla sua opera. A lui spetta il titolo di psicologo, ed è stato il primo ad assumerlo con pieno merito.

Sotto l'influenza dell'empirismo e del positivismo, Wundt accentrò i suoi studi sulle sole funzioni mentali: l'attenzione, la percezione, la reazione, la sensazione, i sentimenti, la memoria e l'associazione. Il suo lavoro principale consisteva nello svelare la natura delle esperienze coscienti elementari, scomponendo la coscienza nei suoi elementi costitutivi. Per lui, la mente e il corpo erano due sistemi paralleli ma non interagenti tra loro, perciò erano indagabili separatamente.

La scuola che ne conseguì fu detta "strutturalista", e il suo pensiero si basava sul principio che il mondo dell'esperienza cosciente era comprensibile se veniva analizzato nelle sue componenti elementari. Solo così si sarebbe potuto conoscere la struttura della coscienza. Un concetto che rifletteva forti analogie con la chimica: esistono degli elementi di base e le loro combinazioni producono altre molecole (tante da formare l'intero universo), che però assumono caratteristiche diverse da quelle costitutive.

Più che per un sistema teorico, Wundt risulta fondamentale per l'impulso che seppe dare alla psicologia sperimentale. Era sua opinione che la sperimentazione scientifica non fosse possibile se applicata ai processi mentali superiori, perciò potevano, e dovevano, essere oggetto di ricerca in laboratorio le funzioni più semplici. "Ricerca in laboratorio" significava una sperimentazione in condizioni controllate.

Per Wundt, "*non esisteva ciò che non era tangibile*": per questo la psicologia doveva essere sperimentale. Il suo metodo d'indagine verteva sull'auto-osservazione e sull'introspezione. Per eseguire uno studio affidabile, egli stabilì delle regole molto dettagliate e precise sulle procedure da seguire.

• Con la "psicologia sperimentale", agli inizi del XX secolo, inizia uno sbalorditivo sviluppo della psicologia come scienza autonoma che prosegue ancora oggi, con l'acquisizione di nuove conoscenze e messa a punto di nuovi metodi d'indagine. Ricerche che vengono supportate sia dalle nuove conquiste delle neuroscienze e sia dai sviluppi di recenti tecnologie, come possono essere, ad esempio, la PET, la TAC e gli altri utilizzi dell'elettronica nel campo della salute.

Col termine di "psicologia sperimentale" s'intende una psicologia che fa riferimento all'esperimento, ossia "all'osservazione controllata". È definibile "sperimentale" solamente una scienza che acquisisce le proprie conoscenze attraverso l'osservazione dei fenomeni della natura e conferma le proprie ipotesi per mezzo della verifica mediante eventi prodotti artificiosamente (esperimenti).

Per tutto il 1900 si assistette al formarsi di diversi sistemi e di nuove scuole di pensiero. Un impulso e un cambiamento notevole, che portò molte delle differenti scuole dapprima alla celebrità e poi verso un inesorabile declino. È questo un fenomeno con cui tutte le scienze si sono dovute confrontare nella loro evoluzione, e a cui la psicologia non ne è stata esclusa. In ogni caso, anche se la supremazia è stata temporanea, ciascuna scuola ha lasciato testimonianze e ha accompagnato la crescita degli studi della mente.

Un passaggio importante è dato dalla teoria evoluzionistica di Charles Darwin (1809-1882), secondo cui "*non sopravvive il più forte o il più intelligente, ma quello che si adatta meglio alle circostanze*". La teoria si fonda su due concetti dell'ereditarietà: il primo è dato dalla "lotta per la sopravvivenza" (i soggetti che sopravvivono trasmettono ai loro discendenti le loro caratteristiche "vincenti"), il secondo consiste nella "variazione" (i discendenti non sono identici tra loro, e queste diversità sono alla base di una nuova selezione). Per la psicologia, la rilevanza di questa teoria consiste nell'idea di una possibile continuità tra la mente animale e quella umana.

Nel '900 fu in auge la "psicologia funzionale", cosiddetta perché si riprometteva di studiare la mente in funzione del suo utilizzo per un migliore adattamento dell'organismo alle condizioni ambientali. Se prima le domande per la descrizione della struttura degli eventi naturali erano: "come accade?" e "perché?", ora diventavano: "cosa, come e perché accade?".

Ebbe anche modo di affermarsi l'"associazionismo". Sotto l'influsso di questo principio generale, si cercò di spiegare le esperienze mentali superiori come fossero il prodotto di associazioni di fattori mentali semplici: i pensieri complessi superiori erano il prodotto dell'associarsi tra idee semplici.

Sempre nel XX sec., prende vita il comportamentismo che riconosce come fondatore l'americano John B. Watson (1878-1958). Watson fissò delle premesse: alcune si dimostrarono promettenti (*La psicologia deve essere totalmente oggettiva e deve occuparsi solo dei comportamenti osservabili e descrivibili in termini di stimolo-risposta*) e altre, invece, limitanti (*non vanno trattati aspetti "mentalistici", come immagini, mente o coscienza, poiché non sono visibili e misurabili*). Questa rigida impostazione metodologica venne abbattuta dai successori di Watson quando unirono agli studi del comportamentismo quelli delle funzioni cognitive, dando vita all'approccio "cognitivo-comportamentale" che attualmente è quello preminente e in continua espansione.

La teoria della Gestalt si sviluppava parallelamente al comportamentismo, ma in dissenso con esso, e sosteneva che la combinazione di diverse componenti sensoriali generava qualcosa di originale e diverso dagli elementi di partenza. Pertanto, "ogni insieme è qualcosa di più della semplice somma delle sue parti". Grande rilevanza hanno avuto gli studi sulla percezione elaborati dai ricercatori di questa scuola, sintetizzati nel concetto di "unità della percezione": infatti, per questa tesi, la percezione non è una pura unione di dati sensoriali, ma un'organizzazione viva e dinamica di queste informazioni che forma una conoscenza omogenea e coerente.

Un fenomeno singolare, in tale contesto, è la psicoanalisi. Nell'intendere popolare, spesso il nome di Sigmund Freud (1856-1939), fondatore di questa teoria, è quasi sinonimo di psicologia, ma ciò è assolutamente sbagliato: la psicoanalisi non scaturisce dall'ambiente psicologico. Anzi, è lontanissima dai metodi, dalle tecniche e dai temi delle ricerche psicologiche che, all'epoca, impegnavano i laboratori universitari: la percezione, la sensazione o l'apprendimento non rientravano nei suoi obiettivi. La psicoanalisi non è stata il risultato di studi accademici, né un fatto scientifico: il suo intento è sempre stato quello d'individuare una possibile costruzione psichica per trattare le persone con turbe emotive. Il metodo utilizzato è stato l'osservazione di casi clinici, anziché la sperimentazione controllata.

I precedenti concettuali si ritrovano nella teoria delle "monadi" del filosofo Gottfried Wilhelm Leibnitz (1646-1716): per lui, la mente era costituita da monadi e ciascuna monade era un'unità psichica autonoma, centro di attività e di energia, con propri gradi di chiarezza e di coscienza, che variavano da un completo inconscio a una totale coscienza. Successivamente, un altro filosofo, Johann F. Herbart (1776-1841), trasformò l'idea d'inconscio di Leibnitz nel concetto di "soglia della coscienza", secondo il quale le ideazioni che si collocavano al di sotto di tale soglia erano inconsce. Perché un'idea potesse emergere nella coscienza, doveva essere compatibile e coerente con le cognizioni già esistenti nella coscienza stessa: se questa caratteristica era assente le idee non potevano coesistere.

...delle possibili risposte

La moderna psicologia ha in comune, con tutte le altre scienze, delle basi filosofiche che ne caratterizzano l'espressione e lo sviluppo.

Le principali teorie psichiche, presenti in Italia, sono la "Cognitivo-Comportamentale", la "Psico-

FILOSOFIA	SIGNIFICATO	CONSEGUENZE
EMPIRISMO	Fonte di conoscenza sono le esperienze sensoriali e non la ragione con i suoi principi di organizzazione	L'indagine si affida completamente all'osservazione obiettiva della realtà
POSITIVISMO	Sono riconosciuti solo i fatti, quando accertati con i metodi della scienza sperimentalmente	La conoscenza viene esclusivamente dai dati ottenuti attraverso esperimenti
EVOLUZIONISMO	Un organismo vivente ha uno sviluppo da una forma ad un'altra, più completa e perfetta	Le conoscenze ottenute da esperimenti con animali hanno valore anche per l'uomo
MATERIALISMO	Non vi è nulla che sia separabile dalla materia	La psiche umana può essere illustrata attraverso lo studio delle condizioni materiali
PRAGMATISMO	Vi è una realtà indipendente dalle opinioni che regolano, oggettivamente, la verità	Poichè i giudizi di percezione, dipendono da un'interpretazione, non è possibile fornire direttamente la garanzia della realtà. La realtà, quindi, viene garantita dalla comunità dei ri cercatori: la realtà è frutto di una continua ricerca.

Tabella 1.1 - Relazioni tra pensiero filosofico e scienza.

analisi", la "Sistemico-Relazionale", la "Gestalt" e la "Transazionale".

• *Cognitivo-Comportamentale*

È, attualmente, l'approccio più in ascesa, in maggiore fermento e in costante sviluppo. Ideato negli Stati Uniti all'inizio del XX secolo da J. B. Watson, perfezionato negli anni '50 dello stesso secolo da B. F. Skinner e arricchito, negli anni '60, dalle cognizioni sociali di A. Bandura. Si basa sugli studi compiuti da Pavlov e sui processi di apprendimento per "condizionamento",

La sua tesi parte dal concetto di "determinismo", vale a dire che vi è un rapporto causa-effetto per le azioni e le emozioni: gli stati emotivo-affettivi sono determinati da precisi eventi. La denominazione di questa teoria è composta dall'unione di due approcci: quello "cognitivo" e quello "comportamentale"; il primo pone l'attenzione sui pensieri, mentre il secondo analizza i movimenti e gli stati fisiologici. Non ha dei capi-scuola, ma una lunga serie di studiosi che hanno condotto esperimenti e sviluppato ricerche per validare ipotesi e conoscenze sui meccanismi della mente.

Il settore "comportamentale" studia i fenomeni psichici facendo riferimento all'osservazione diretta dei comportamenti, che quando non sono adeguati alle esigenze della persona o dell'ambiente, anche sociale, possono assumere un profilo disfunzionale, sconfinando anche nel patologico. Invece, il filone "cognitivista", considerando gli atteggiamenti e le azioni come generati da pensieri e da emozioni, ha come oggetto di studio le idee, i pensieri, le distorsioni cognitive e i costrutti mentali.

Le conoscenze così acquisite, sui comportamenti, sui modi di pensare e sulle emozioni, sono utilizzate in vari ambiti delle attività umane: nel lavoro, nell'economia, nello sport, nella clinica e altre ancora. In ambito clinico, per la teoria cognitiva-comportamentale il problema è il disturbo di per sé, e non è l'espressione di un'altro malessere sottostante: ad esempio, una "fobia" è una "paura illogica ed eccessiva", tale da impedire il normale funzionamento dell'individuo e dei suoi legami sociali, che va trattata direttamente in quanto è lei stessa il problema. Pertanto, è il "disturbo" manifesto (ansia, depressione, ecc.) il vero "disagio psicopatologico" da risolvere.

Si tratta di un approccio rigidamente scientifico, fondato su dati sperimentali e sviluppato sulle teorie dell'apprendimento. Le sue basi concettuali sono date dalla relazione "stimolo-risposta": un qualsiasi evento (stimolo), che sia un rumore o un bisogno fisiologico, attiva sempre una reazione (risposta). L'esito di questa "risposta" è identificabile nel concetto di "rinforzo": un rinforzo è denominato "positivo" quando promuove, o aiuta a mantenere, quel determinato comportamento, mentre è indicato come "negativo" se lo contrasta o porta ad abbandonarlo.

Un'azione è un comportamento agito, invece il pensiero è un comportamento cognitivo e una reazione nervosa è un comportamento fisiologico. Dalle ricerche compiute si è osservato che uno stimolo elicita sempre un comportamento (nel senso che lo produce obbligatoriamente), in una o più delle strutture citate.

Nella concezione, e nel linguaggio, cognitivo-comportamentale per la comprensione e l'analisi dei diversi comportamenti si fa riferimento alla nozione di consapevole, o d'inconsapevole, e di reazione automatica.

- ***Psicoanalisi***

È una tesi identificabile nell'ambito dei concetti psicodinamici: le azioni e i modi di fare, cioè, sono le risultanze del continuo e movimentato interagire tra le diverse strutture della psiche. Ha in comune con il "Cognitivo-Comportamentale" il concetto di determinismo: vale a dire che gli stati emotivi e affettivi non sono innati o casuali, ma determinati da elaborazioni mentali.

È stato probabilmente l'approccio con maggiore notorietà, almeno in Europa, per tutto il XX° sec., e questo per due motivi: il primo è che rispondeva al bisogno sanitario di una comprensione e spiegazione delle "malattie mentali"; il secondo per la sua costruzione teorica (data da sintomi e anomalie), assimilabile all'impostazione medica e, quindi, formalmente più integrabile con quella professione.

Sigmund Freud (medico austriaco, 1856-1930) si convinse, prendendo spunto dalle suggestioni ipnotiche, che esistevano dei fattori psichici capaci di determinare il decorso dell'agire umano, pur rimanendo ignoti al soggetto: fattori inconsci, quindi, ma posti in uno stato di continua agitazione.

Parole, azioni ed immagini non potevano, a sua opinione, essere allontanati dalla coscienza senza portare, come conseguenza, ad un impoverimento della personalità. I "fatti" inconsci appartenevano a un mondo chiuso, dal quale non potevano liberarsi da soli: essi erano bloccati da un processo che chiamò "rimozione". L'idea di fondo è che tutto quello che fa parte dell'inconscio ha carattere dinamico (cioè, non è fisso e immobile), e tende di continuo a farsi strada verso la coscienza, ma, poiché la barriera della censura glielo impedisce, si organizza per raggirarla attraverso metafore, proiezioni e similitudini. Si stabilisce così un gioco di forze e controforze in un conflitto continuo.

La psicoanalisi è nata per dare risposte ai problemi in campo psicopatologico: secondo questa tesi, quando la vita psichica viene turbata da un conflitto tra impulsi istintivi e difese, ne esce profondamente sconvolta se l'impulso è diventato troppo forte e tale da mettere in diretta comunicazione l'inconscio con la realtà. Quindi, ad esempio, una "fobia" è l'espressione di una tensione nascosta, similmente alla febbre che è l'indicatore di un'infezione: il problema non è questa paura incontrollata, bensì la sofferenza che risiede nel profondo della coscienza (nell'inconscio).

Il sintomo è il segno di un malessere prodotto da un conflitto tra il mare dei contenuti inconsci e l'argine della coscienza: ad esempio, la "paralisi isterica" può essere imputata al desiderio (proibito) di toccare una certa persona. Però, con una giusta interpretazione l'impulso, dettato dagli istinti, verrà liberato dal carattere violento e rozzo che possiede in quanto appartenente al mondo psichico primitivo.

"Conscio" e "inconscio" erano le due componenti che, inizialmente, Freud riteneva costituissero la dimensione psichica. Tuttavia, successivamente postulò l'esistenza del "preconscio", per poi introdurre la triade dell'"Es", "Io" e "Super-Io" a costituire la struttura complessiva dell'apparato psichico. Era sua opinione che l'energia fondamentale e gli impulsi innati fossero racchiusi nell'Es

(che non conosce giudizi ed è teso al puro soddisfacimento). Poiché è necessario un corretto rapporto tra i bisogni e le possibilità reali, interviene l'Io, rappresentando la normalità, per mediare fra il Sé e il mondo. Il Super-Io, che si sviluppa nella prima infanzia allorché il bambino viene assimilando le regole trasmessegli dai genitori, è il depositario del giusto e dell'errato: è suo compito guidare l'azione dell'Io.

Nella fase di trattamento dei disturbi vi è il "transfert": un processo che consente al paziente di rivivere i conflitti infantili nella relazione con l'analista, proiettando su quest'ultimo i sentimenti e le emozioni che riemergono dall'inconscio.

• *Sistemico-relazionale*

Si tratta di un approccio nato tra un gruppo di studiosi e clinici, verso la fine degli anni 50 e l'inizio degli anni '60 del secolo scorso, che desideravano affrontare il trattamento terapeutico non più dal punto di vista della singola persona, scegliendo la strada delle relazioni e della comunicazione. Il suo fondatore ufficiale è riconosciuto nella figura di Gregory Bateson, che operava presso l'Istituto di Ricerca Mentale di Palo Alto (U.S.A.), dove conduceva studi relativi alla cura della schizofrenia.

Era una loro decisa opinione che il problema psicopatologico non potesse essere imputato solo a una singola persona, isolata dal contesto: secondo la loro ipotesi, il malessere è il risultato di un intreccio sociale e del coinvolgimento delle relazioni con l'ambiente. Perciò, il problema manifestato da un solo individuo va visto nella sua funzionalità all'interno dell'intero gruppo di figure significative.

La base teorica della psicologia "sistemica" è data dallo studio del sistema delle relazioni e delle dinamiche di gruppo, che possono provocare condizioni di disagio psichico ed emotivo all'interno della famiglia o di gruppi sociali. Ad esempio, la tendenza a ristabilire l'equilibrio, quando il gruppo non funziona, fa sì che le tensioni e gli impulsi aggressivi vengano diretti verso un solo individuo, di solito il più adatto ad assumere il ruolo di "capro espiatorio" (vittima designata perché più debole o "diverso").

Si stabiliscono forme di comunicazione distorta a base di messaggi incoerenti (i cosiddetti "doppi messaggi"), che provocano uno stato d'incertezza e di confusione mentale in coloro che li ricevono: ad esempio, la madre che dice al figlio: «*Vieni qui; dammi un bacio che ti perdono!*», mentre allo stesso tempo lo accusa con lo sguardo e il tono della voce.

L'applicazione della teoria "sistemica" avviene attraverso i diversi approcci degli studi sulla natura della mente. Pertanto, si esprime per mezzo dell'ottica cognitivo-comportamentale, psicodinamica e così via. Avvalendosi degli apporti clinici di queste scuole, ha dato luogo a diverse forme di terapia familiare, di coppia e di gruppo, centrate sulla soluzione rapida del problema. Seguendo i dettami di questa tesi, l'intervento si sposta dalla singola persona all'intreccio dei rapporti che caratterizzano il suo "sistema di relazioni".

In estrema sintesi: nella visione sistemico-relazionale si affronta, in relazione all'ambiente, il comportamento comunicativo. La terapia sistemica può essere definita come "un approccio che ha come oggetto la relazione interpersonale e come metodo la valutazione della comunicazione, dell'interazione e dell'atteggiamento adattivo".

• Gestalt *(in italiano "forma, struttura"), conosciuta anche come "Scuola di Berlino"*

Le ricerche erano incentrate soprattutto sui processi esperienziali e del comportamento, considerati nella loro totalità. Il tedesco Max Wertheimer (1880-1943) è considerato il fondatore poiché, con una sua pubblicazione nel 1912, sostenne che la percezione non è una pura corrispondenza punto per punto dello stimolo, visivo o uditivo che fosse, ma un insieme più complesso della somma dei singoli elementi. Quindi, la percezione di un'immagine, ad esempio, è collegata al contesto e assume significato solo se valutata nel suo impianto generale, come i colori per un quadro.

La percezione è un'operazione mentale mediante la quale vengono interpretati gli stimoli sensoriali e istintuali, con i quali si crea una relazione con l'ambiente. La realtà non è vista oggettivamente, ma è percepita attraverso una rielaborazione del

nostro sistema nervoso e intellettivo. Questo punto di vista era decisamente in contrapposizione con la visione atomistica di Wundt, in cui si scomponevano le funzioni mentali in parti elementari di sentimenti, immagini e sensazioni.

La teoria della forma ha due capisaldi: la "legge dell'appartenenza" (in base alla quale le caratteristiche di un oggetto si determinano solo in rapporto con quel particolare oggetto: ad es., il colore in un quadro) e la "legge della pregnanza" (per cui le forme sono percepite sulla base della stabilità e della chiarezza, ponendo in secondo piano le altre caratteristiche).

A queste, fondamentali, se ne aggiungono altre chiamate "leggi della segmentazione del campo", quali la "legge della vicinanza" (le parti vicine tra loro nel tempo e nello spazio tendono ad essere percepite come un insieme), la "legge della somiglianza" (le parti tra loro simili sono percepite come collegate), la "legge della direzionalità e orientamento" (la visione

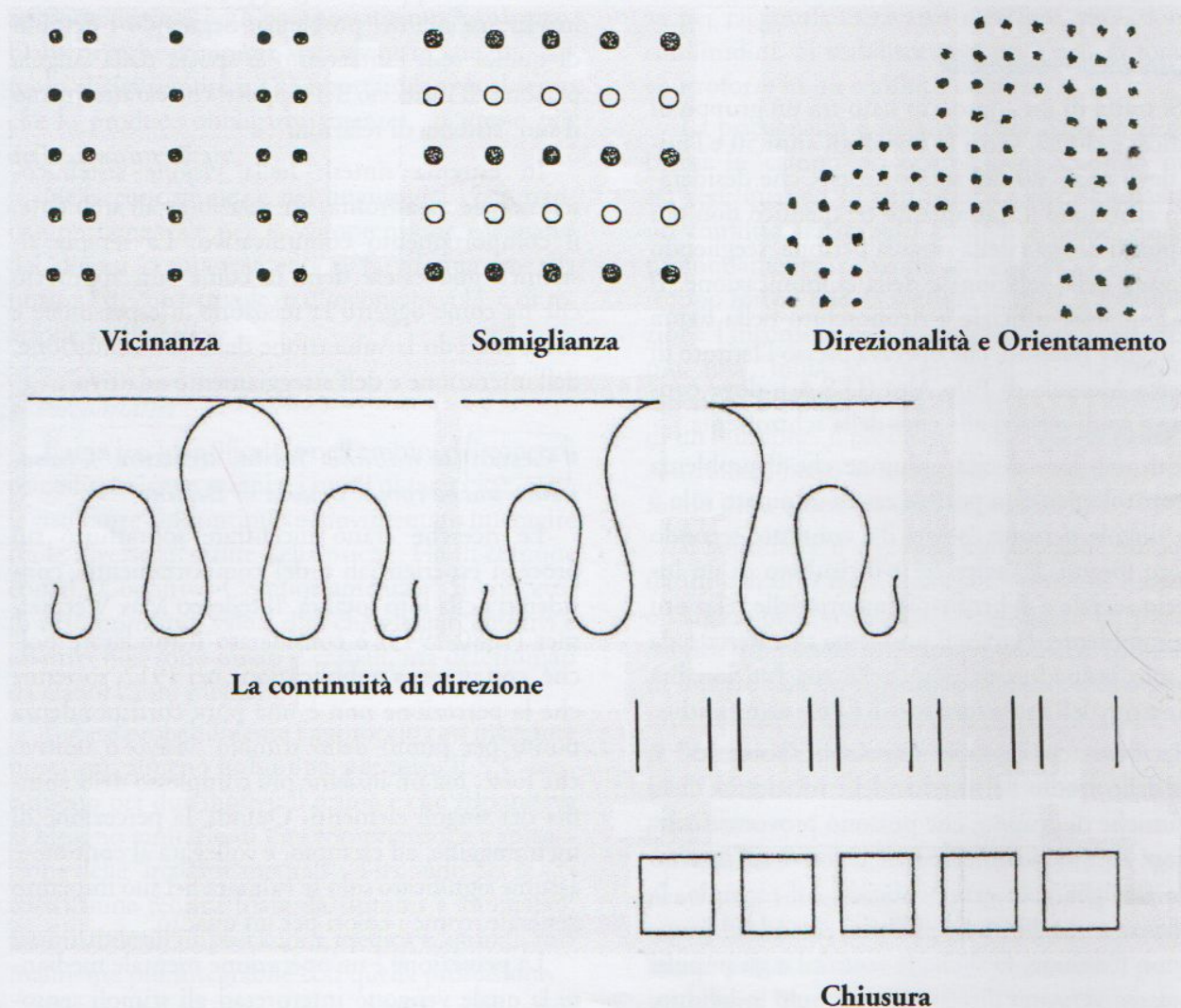



Figura 1.1 - Esempi grafici delle leggi della segmentazione del campo.

d'insieme privilegia l'unità nella direzione) e la "legge della chiusura" (la tendenza a percepire le forme come figure complete e finite) (**Figura 1.1**).

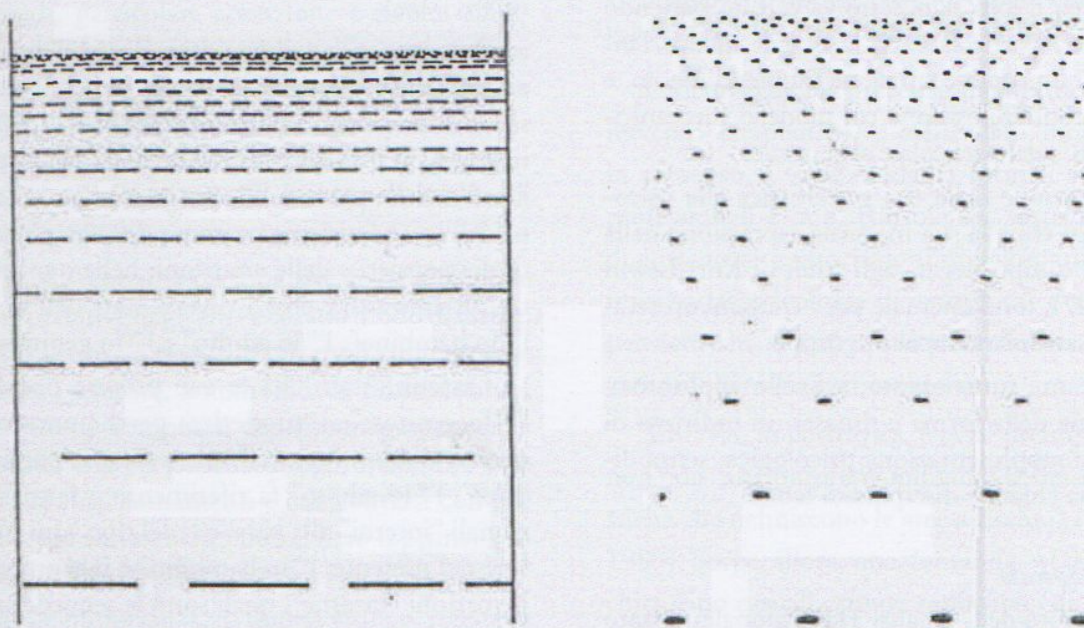
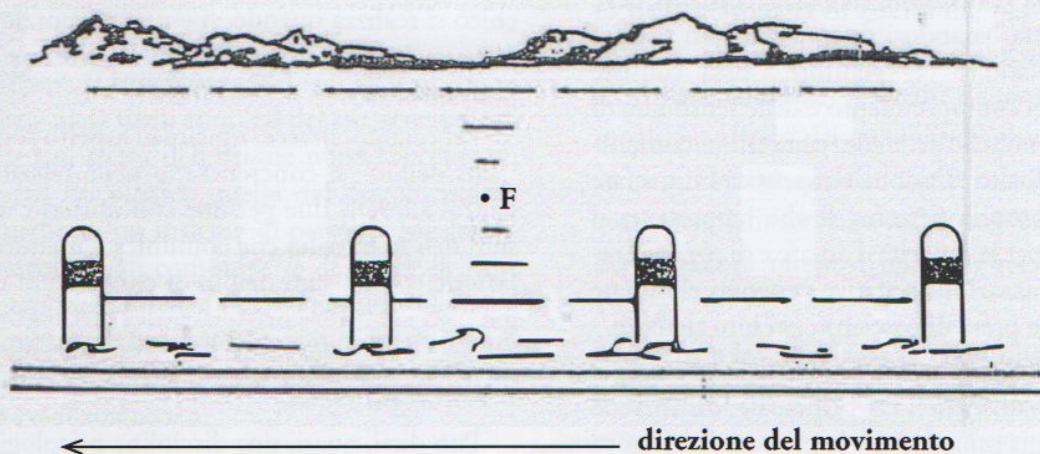
I contributi maggiori della Gestalt sono stati nel campo della percezione e del pensiero. Per quanto riguarda la percezione ha individuato le leggi, com'è stato già detto, che consentono alla mente di riorganizzare i dati sensoriali e non semplicemente di registrarli (**Figura 1.2**): gli oggetti mantengono sempre la loro identità, anche se le situazioni cambiano, perché c'è una "costanza percettiva". La tridimensionalità, poi,

Un gradiente artificiale di densità micro strutturale dà luogo a un'impressione di distanza continua (Gibson, 1950)

Gradiente del flusso per chi fissa il punto "F"

Figura 1.2 - Esempi grafici delle leggi percettive della Gestalt.

è legata ai “gradienti di densità micro-strutturale” (ad esempio, la “grana” data dalla miriade di punti che costituiscono un'immagine).

In maniera simile alla percezione, anche il pensare si traduce in una ristrutturazione dell'esperienza in base alla direzione data dalla struttura del pensiero stesso: le costruzioni psichiche non sono casuali né illogiche, ma il loro significato va cercato partendo dal generale al particolare. Per la Gestalt, quindi, l'intuizione ha un ruolo centrale nell'apprendimento, e questo in contrapposizione col modello meccanicistico “S – R”, dal particolare al generale.

L'applicazione della tesi gestaltistica alla psicologia clinica ebbe la sua massima espressione nella “teoria del campo” legata agli studi di Kurt Lewin (1890-1947), fondamentale per i trattamenti terapeutici basati sulla terapia di gruppo.

Nonostante tutto questo, a livello applicativo, la psicologia della forma è rimasta un indirizzo di ricerca e di rappresentazione psicologica, senza diventare una chiara e disciplinata teoria.

• *Transazionale*

Il fondatore dell'"Analisi Transazionale” è stato il canadese Eric Berne (1910-1970), uno psicoterapeuta con una formazione psicoanalitica ispirata alla costruzione teorica di Freud. La sua tesi era centrata sugli “stati dell'Io” e sul “copione” di vita.

Secondo la concezione di Berne, l'analisi deve essere condotta basandosi su tre stadi/stati dell'Io: “bambino”, “adulto” e “genitore”. Essa consiste nell'analisi del comportamento e delle sensibilità di una persona, nonché delle sue “transazioni comunicative” con gli altri. L'azione terapeutica mira a fare accettare la propria persona, il che rappresenta il presupposto per la capacità d'amare e di *stringere* relazioni. Le transazioni negative vengono eliminate attraverso una presa di coscienza nei loro riguardi.

L'analisi transazionale fa parte delle psicoterapie dinamico-umanistiche. La principale distinzione fra la psicologia umanistica e la psicoanalisi si trova nella differenza della relazione tra paziente e psicoterapeuta: nella psicoanalisi classica il rapporto è segnato da una posizione dualistica, in base al modello “medico”; invece, nella psicologia umanistica le persone, in quanto tali, si trovano su un piano di parità e l'unica differenza, tra terapeuta e paziente, sta nelle competenze.

Questa pari dignità si evidenzia nel “contratto” che regola il legame terapeutico: a) *l'obiettivo deve essere comune e concordato*, b) *le regole fra le parti vanno concordate*, c) *la suddivisione delle competenze va precisata*.

Il fattore terapeutico centrale è “l'esperienza emozionale correttiva”: la terapia transazionale agisce in funzione di “aspetti intrapsichici” e di “aspetti sociali”. Lo strumento concettuale più potente è l'analisi dello stato dell'Io (intrapsichico). Lo “stato dell'Io” è l'insieme coerente dei comportamenti, dei pensieri e delle emozioni: nella quotidianità transitiamo attraverso i diversi stati dell'Io, quali l'“Io bambino”, l'“Io adulto” e l'“Io genitore”.

Ciascun “stato” ha le sue proprie peculiarità: l' "Io genitore” si caratterizza perché portavoce di norme e valori “esterni” alla persona, perciò “appresi”; l'“Io adulto” fa riferimento a fattori situazionali “interni” alla persona, del tipo “qui e ora”, e vive nel presente; l'“Io bambino” è incentrato sulle percezioni “interne”, quali sono le sensazioni, i desideri, i bisogni e via dicendo, e ha una dimensione temporale di “ora” e di “allora”.

L'analisi di ciascun “stato”, e dei rapporti tra i diversi “stati”, è in funzione d'individuare la struttura dell'Io in relazione agli stessi. L'equilibrio psichico si realizza quando vi è una proporzione corretta tra le caratteristiche dell' “Io genitore” e dell' “Io bambino”.

Per quanto, invece, riguarda l'aspetto sociale, gli “stati dell'Io” si concretizzano nelle relazioni con l'altro: allorché due persone comunicano, sono gli stati dell'Io di colui che comunica a mettersi in relazione con gli stati dell'Io di chi riceve il messaggio.

• *Psicologia sociale*

Può dirsi, quasi, una disciplina psicologica a sé, e l'oggetto delle sue ricerche è la relazione tra il singolo individuo e la variabile ambientale. Non va confusa con la “psicologia di comunità”. La “psicologia sociale” studia la relazione del contesto sui

singoli individui per comprenderne l'influenza nel determinare le caratteristiche psichiche (personalità, cognizioni, gestione dei rapporti interpersonali, ecc.), mentre la "psicologia di comunità" esamina la relazione individuo-ambiente per prevenire i disturbi che vi si possono generare e il loro trattamento all'interno dello stesso.

Quindi, particolare attenzione è rivolta all'influenza dei fattori ambientali nell'organizzazione della personalità, all'analisi dei rapporti interpersonali, agli aspetti sociali dei fenomeni psichici, alle dinamiche dei gruppi, alle difficoltà di adattamento sociale, allo studio degli stereotipi e dei ruoli, alle problematiche connesse con il lavoro e così via.

Il "ruolo" che una persona riveste ha a che fare con le aspettative degli altri e col suo modo di essere: ciascuno si trova a ricoprire più ruoli contemporaneamente (genitore, automobilista, professionista, ecc.). Questo comporta che l'immagine sociale, l'autostima e la personalità di ogni individuo può incontrare forti mutamenti e confrontarsi con più modelli, e le conseguenze potrebbero esprimersi in malesseri e disturbi vari.

Grande importanza, in questa visione, riveste la comunicazione, cioè il significato dei messaggi e le modalità con cui sono scambiati. Inoltre, viene data particolare enfasi alla "cultura" a scapito di concezioni "innatistiche" del comportamento umano.

• *Psicologia di comunità*

Nasce a metà degli anni '60 del sec. scorso negli USA. La sua stessa definizione pone l'accento su due aspetti psicologici: quello del singolo individuo e quello di un insieme di persone. Idealmente la "psicologia di comunità" è debitrice di Kurt Lewin, esponente della "Psicologia della Gestalt", e dell'equazione che da lui prese il nome: «*Il comportamento è funzione contemporaneamente dell'individuo e dell'ambiente*».

L'idea di fondo di questa tesi è che i problemi siano una conseguenza, nel tempo, dell'interazione tra la persona e la cornice di ruoli, l'organizzazione dei sistemi, le strutture di potere e di sostegno sociale (la "rete" di relazioni). Incrementando questi rapporti si ha anche un aumento di controllo e di potere sulla propria vita. Perciò, la psicologia di comunità si applica nei contesti sociali rilevanti, nei luoghi dove vivono direttamente le persone (il condominio, il quartiere, la città, ecc.), partendo dal micro per risalire al macro (dalla famiglia all'insieme di norme e di ideologie che regolano l'esistenza).

È incoraggiata la prevenzione piuttosto che l'intervento terapeutico, e viene dato molto spazio, in tal senso, a varie modalità formali e informali, professionali e non: consulenze, sostegno, gruppi di auto-aiuto e associazioni di volontariato. In definitiva, la "psicologia di comunità" è uno stile di pensiero che si può applicare a diversi contesti, a vari problemi e a svariate realtà.

Tuttavia, in tale ottica, è bene prestare attenzione a non "attribuire agli individui le stesse caratteristiche che definiscono le aree a rischio" (Cochrane, 1983). Sorge, allora, una domanda: «I disturbi psichici sono casuali oppure sono tipici di un preciso ambiente e selezionati dallo stesso?». La risposta, secondo questa teoria, è che la relazione tra status e disturbi psichici è mediata dagli eventi stressanti.

Il concetto di "rete di sostegno sociale" è frutto della psicologia di comunità: per "rete", intesa come sostegno alla persona e sostegno all'ambiente, si vuole indicare "l'insieme di contatti interpersonali per effetto dei quali l'individuo mantiene la propria identità sociale, riceve sostegno emotivo, aiuti materiali, servizi e informazioni, oltre a rendere possibili ulteriori relazioni sociali" (Walker, 1977).

In Italia la "psicologia di comunità" e la "psicologia sociale" assieme alla "psichiatria di comunità" e "sociale", hanno prodotto la "Legge 180" relativa alla riforma psichiatrica, con la chiusura dei manicomi, e hanno costituito la base, nel 1979, per la riforma sanitaria investendo l'intera organizzazione della salute.

2 LE PROBLEMATICHE DELLA SANITÀ

Ospedale e psicologia

Perché è opportuno introdurre le conoscenze, i metodi e le tecniche della psicologia in un luogo dove si curano malattie fisiche? Non è una domanda così ingenua come sembrerebbe: già applicare sistematicamente la psicologia nell'ambito dei disturbi psichici o affiancarla alla psichiatria è stato il risultato di ricerche e di lunghe riflessioni. Inserirla, poi, nel trattamento delle funzioni organiche, non è così scontato: se, nel tempo, la "psicologia clinica" ha conquistato un certo status, la "psicologia ospedaliera" ha cominciato a muovere i primi passi all'inizio di questo secolo.

Ha scritto lo psichiatra P. Pancheri: «*I progressi della medicina si sono praticamente identificati col processo tecnologico dei metodi diagnostici e con lo sviluppo delle tecniche chirurgiche e farmacoterapiche. Tutto il sistema medico ha seguito naturalmente questa tendenza, promuovendo lo sviluppo di ospedali e di strutture di assistenza extraospedaliera simili a officine o a catene di montaggio, in cui l'efficientismo tecnologico è stata la preoccupazione degli operatori sanitari a tutti i livelli. La realtà è che la medicina oggi comincia a prendere consapevolezza del fatto che per un secolo si è curato un 'uomo senza testa', vale a dire un'entità biologica senza emozioni, senza comunicazioni con i suoi simili, isolata da ogni contesto storico ed economico, funzionante in modo puramente automatico sulla base di meccanismi biochimici.*».

Questo, nonostante che l'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1946 (!) avesse definito **la salute** come "***uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia o infermità***". E ancora nel 1993, Sartorius, l'allora Presidente dell'O.M.S., sostenesse che: «*La qualità della vita è la percezione degli individui della propria posizione nella vita in relazione ai propri obiettivi e al sistema di valori che essi hanno accettato e incorporato nel prendere la loro decisione*». Entrambe le affermazioni, seppure a distanza di anni l'una dall'altra, nello specificare le caratteristiche della "salute" e della "qualità della vita", coinvolgono elementi della psicologia.

La "psicologia ospedaliera" è quella branca della psicologia che interviene a modificare i comportamenti e a ristrutturare le modalità cognitive, al fine di coadiuvare l'intervento medico. In pratica è un ramo della "psicologia clinica" che esercita le sue funzioni quando determinati atteggiamenti mentali si possono riverberare sul piano organico. Si potrebbe indicare come una sorella della "psicosomatica" e della "Psiconeuroendocrinoimmunologia" (PNEI), e il suo ambito riguarda le varie specialità mediche: cardiologia, oncologia, ginecologia, pneumologia e così di seguito.

• *L'ospedalizzazione*

Tra le persone che ricorrono alle cure mediche si trovano, certamente, anche realtà che manifestano richieste di sostegno psicologico e problemi psicologici veri e propri. I dati disponibili indicano, per coloro che afferiscono alle strutture ospedaliere, una percentuale variabile, a seconda degli studi, tra il 20 e il 40% di persone che necessitano di assistenza psicologica specifica per i loro disturbi o per

le problematiche connesse, che non va confusa con le cure psichiatriche o il sostegno sociale.

Si tratta di difficoltà emotive e relazionali che coinvolgono persone normali quando sono colpite da una patologia, prevalentemente organica, acuta o cronica, medica e/o chirurgica. Detto in estrema sintesi: l'individuo, in stato di ricovero, vive in una dimensione di "di-stress", cioè di stress negativo.

Anche se c'è da dire che i dati riportati devono essere considerati con prudenza, poiché rimane da accertare quante di queste difficoltà psicologiche sono da attribuirsi all'ospedalizzazione e quante, invece, sono preesistenti al ricovero, si tratta comunque di un fenomeno che va approfondito. La persona ricoverata in ospedale viene a trovarsi in una condizione per cui non può provvedere a se stessa, è al di fuori del suo contesto ambientale e sociale, in uno stato di bisogno e vive, pertanto, una situazione di dipendenza dagli operatori e dall'organizzazione sanitaria.

Secondo alcune ricerche condotte negli ultimi trent'anni, sembra che circa il 30% degli ospedalizzati mostri, indipendentemente dal contesto, sintomi di Disturbi Psichici che portano a una diagnosi psichiatrica, o almeno di comorbilità. Questa condizione psichica tende ad aumentare i tempi di degenza, facilita il reingresso in ospedale, le richieste d'intervento sanitario e, soprattutto, ha ricadute negative sulla qualità della vita.

Tutto questo, non solo rende più difficile e complessa la gestione e l'adattamento alla malattia, ma ostacola anche il ritorno al funzionamento lavorativo e al reinserimento familiare. Scrive D. Goleman: «*La grande fragilità emotiva del malato dipende dal fatto che il nostro benessere mentale si basa in parte sull'illusione di essere invulnerabili. La malattia manda in pezzi questa illusione.*».

- ***Disturbi psichici in pazienti ricoverati***

Alcuni studi, condotti proprio in Italia da Grassi e coll., relativi a persone con neoplasie hanno registrato un'incidenza del 31% di "Disturbi dell'Adattamento", del 13% di "Disturbi Affettivi maggiori" (Disturbo depressivo e Disturbo Distimico), del 2% di "Disturbi di Ansia", del 1,5% di "Disturbi della Personalità" e del 1,5% di "Disturbi da Abuso di Sostanze".

La componente psicologica in ambito ospedaliero è un tema di grande attualità. Concetti come il "consenso informato" o la "qualità di vita" comportano una visione della persona ospedalizzata diversa dall'essere solamente un soggetto con degli organi malati. La scelta, come valore, delle nozioni di "persona" e di "malato", implica che l'attenzione per il ricoverato deve rivolgersi parimenti sia alle necessità fisico-organiche e sia agli aspetti emotivi e psicologici.

Come si è visto, il "Disturbo dell'Adattamento" è l'alterazione psichica rilevata maggiormente. I criteri diagnostici del DSM-5 (il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* a cura dell'Associazione Americana degli Psichiatri, 2014) indicano lo sviluppo di manifestazioni emotive e comportamentali come reazione, entro 3 mesi, a uno o più eventi stressanti, e che tali sintomi compromettono significativamente le relazioni sociali, le capacità lavorative o invalidano, comunque, il funzionamento in altre aree importanti.

La condizione di malessere del Disturbo dell'Adattamento si manifesta con un umore particolarmente depresso, con una prevalenza di sintomi d'ansia o con la presenza contemporanea di entrambe le categorie, con l'alterazione della condotta o dell'emotività. Una particolarità di questo disturbo è che, una volta superato l'evento stressante, i sintomi non persistono oltre i 6 mesi.

Inoltre, è ormai noto che ogni malattia organica non limita la propria azione di sofferenza alle sole parti fisiche ma coinvolge anche lo stato psichico delle persone, alterando la loro affettività ed emotività. Il termine "malattia" indica, in senso stretto, uno stato anormale degli organi o delle funzioni fisiologiche e, in senso lato, un disturbo psichico e morale. Quindi, la malattia è un'alterazione dei processi vitali fisici e mentali.

Sul piano strettamente medico-biologico, si tratta di un disturbo dell'omeostasi che comporta un'inabilità, temporanea o cronica, e che necessita di un trattamento o di una cura. Il trattamento indica un intervento che argina il problema (ad esempio, l'insulina per il diabete), mentre la cura si riferisce ad un'azione risolutiva (ad esempio, l'antibiotico per un'infezione). Invece, l'omeostasi è un insieme di attività per il mantenimento della

costanza di certe grandezze fisiologiche, come la temperatura corporea, la quantità di zucchero nel sangue, ecc..

Ecco alcune delle malattie che si possono incontrare più frequentemente negli ospedali, con le loro peculiarità diagnostiche e le sintomatologie del corpo e della mente. Tratte da un lavoro di J. Morrison, le osservazioni cliniche, relative alle patologie esposte, devono essere intese non come manifestazioni normalmente presenti ma piuttosto come sintomi che si presentano col progredire dell'alterazione. Ad esempio, in relazione all'AIDS, la *dementia complex* avviene quando il virus ha infettato il Sistema Nervoso Centrale, e ciò succede nell'ultimo periodo della malattia.

- *AIDS*: è una malattia sistemica letale causata dall'HIV (Human Immunodefici- ency Virus); *sintomi fisici*: aumentata sensibilità alle infezioni, numerosi sintomi neurologici, debolezza, lesioni cuntanee; *sintomi psichici*: demenza, depressione, idee suicide, ansia, delirio, apatia, psicosi.
- *Anemia a cellule falciformi*: nasce da un gene recessivo che causa la deformazione dei globuli rossi; *sintomi fisici*: episodi di forti dolori, stanchezza, enuresi; *sintomi psichici*: depressione, dipendenza da farmaci, ritardo mentale.
- *Apnea notturna*: è data dalla ripetuta cessazione del respiro, potenzialmente letale, durante il sonno; *sintomi fisici*: russamento, cefalee mattutine; *sintomi psichici*: insonnia, sonnolenza diurna, depressione, irritabilità, scarsa concentrazione.
- *Aritmie cardiache*: mostrano un battito cardiaco accelerato, rallentato, o meno regolare del normale; *sintomi fisici*: palpitazioni, svenimenti, vertigini, affaticamento; *sintomi psichici*: ansia, delirium.
- *Artrite reumatoide*: si tratta di un disturbo immunologico che colpisce il tessuto connettivo; *sintomi fisici*: stanchezza, debolezza, inappetenza, articolazioni gonfie e dolenti; *sintomi psichici*: depressione, raramente psicosi.
- *Cancro*: si manifesta con la crescita, senza controllo, del tessuto di qualche parte dell'organismo; *sintomi fisici*: variano con la localizzazione della affezione, debolezza, dolore, inappetenza, malessere; *sintomi psichici*: depressione, ansia, idee suicide, delirium, disturbi post-traumatici.
- *Emicrania*: è una sindrome neurologica familiare (ereditaria), da cause sconosciute ed è prevalente nelle femmine; *sintomi fisici*: attacchi di intensa cefalea unilaterale, fotofobia e fonofobia, nausea; *sintomi psichici*: letargia, irritabilità, sintomi d'ansia, depressione.
- *Epilessia*: comporta delle crisi dovute a disturbi della struttura cerebrale; *sintomi fisici*: contrazioni muscolari sincrone, con o senza perdita di coscienza; *sintomi psichici*: depressione, suicidio, psicosi paranoide, difficoltà nelle attività quotidiane e nella vita sociale.
- *Fibromialgia*: fa parte delle malattie reumatiche e colpisce soprattutto le donne; *sintomi fisici*: dolori muscolari, indolenzimento, crampi notturni, ipersensibilità alla temperatura e all'umidità, cefalea; *sintomi psichici*: insonnia o sonno non riposante, ansia, depressione/distimia, stanchezza cronica, attacchi di panico.
- *Ictus cerebrale*: è una necrosi di tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un'arteria e ha una lieve predominanza maschile; *sintomi fisici*: sintomi neurologici focali, agnosia, afasia, amnesia, aprassia; *sintomi psichici*: vari disturbi cognitivi, cambiamenti di personalità, depressione, mania, psicosi.
- *Insufficienza cardiaca congestizia*: perdita dell'efficienza cardiaca per proble mi al cuore o aritmie che provocano la perdita della funzionalità cardiaca. Si registra prevalentemente nei maschi; *sintomi fisici*: dispnea, debolezza, stanchezza, edema, cianosi, estremità fredde; *sintomi psichici*: insonnia, ansia, attacchi di panico, depressione, delirium.
- *Insufficienza epatica*: indica l'incapacità del fegato di eliminare i prodotti del metabolismo del sangue; *sintomi fisici*: ittero, stanchezza, debolezza, inappetenza, rossore al palmo delle mani, angiomi a ragno, mancanza di coordinazione motoria, facili contusioni, tremore; *sintomi psichici*: irritabilità, depressione, sonnolenza, delirium (da encefalopatia per alta concentrazione di tossine a livello cerebrale).

- *Insufficienza renale*: dovuta a una perdita della capacità dei reni di filtrare i prodotti di scarto del sangue; *sintomi fisici*: se acuta produce pochi sintomi e può essere reversibile ma se cronica è devastante, anemia, edema alle caviglie (insufficienza cardiaca congestizia), pressione sanguigna elevata, ipotermia, diminuzione o impotenza sessuale, cefalea, letargia, crampi, sindrome delle 'gambe senza riposo', andatura instabile; *sintomi psichici*: depressione, sonnolenza, confusione, allucinazioni, delirium.
- *Ipertiroidismo*: si verifica quando la ghiandola "tiroide" diventa iperattiva e produce una quantità eccessiva di ormoni tiroidei. È una disfunzione che tende a presentarsi soprattutto nelle donne; *sintomi fisici*: gozzo, occhi sporgenti (esoftalmo), debolezza, palpitazioni, perdita di peso, perdita dell'appetito, tremore, diarrea, cute calda; *sintomi psichici*: ansia, depressione apatica o agitata, attacchi di panico, delirium, psicosi.
- *Malattia cronico-ostruttiva del polmone*: è prevalente nei maschi e consiste nella perdita di elasticità della superficie di scambio del polmone; *sintomi fisici*: dispnea, tosse, cianosi delle estremità, cefalea, tremore; *sintomi psichici*: ansia, attacchi di panico, depressione, insonnia, delirium, demenza.
- *Menopausa*: sono le modificazioni ormonali, legati alla fertilità, che si verificano nella donna intorno ai 40/50 anni, in particolare il FSH (ormone follicolo stimolante); *sintomi fisici*: vampate di calore, diminu- zione del volume del seno, secchezza vaginale; *sintomi psichici*: ansia, irritabilità, depressione, insonnia, labilità di memoria.
- *Morbo di Parkinson*: è una malattia degenerativa del cervello ad eziologia incerta; *sintomi fisici*: tremore, rigidità muscolare, bradicinesia, mimica facciale ridotta, problemi di deambulazione; *sintomi psichici*: ansia, depressione, demenza.
- *Sclerosi multipla*: si tratta di una malattia degenerative del Sistema Nervoso Centrale, che interessa la "sostanza bianca" dei nervi con una perdita, in aree circoscritte, di "mielina"; *sintomi fisici*: stanchezza, problemi visivi, incontinenza, difficoltà nella deambulazione, affaticamento, parestesie; *sintomi psichici*: depressione, mania, labilità emotiva, deficit cognitivi, demenza.
- *Sordità*: avviene quando vi è una ridotta acuità acustica; *sintomi fisici*: diminuzione dell'udito; *sintomi psichici*: idee paranoidi.
- *Stati postoperatori*: sono disturbi mentali provocati dallo stress fisiologico e/o psicologico associato a interventi chirurgici; *sintomi fisici*: in generale vi è dolore, poi disturbi legati alla sede dell'intervento; *sintomi psichici*: delirium, psicosi, depressioni, ansia.
- *Trauma cranico*: è un danno non penetrante al cervello che produce sintomi temporanei o permanenti; *sintomi fisici*: cefalea, vertigini, stanchezza, paralisi, anosmia, attacchi epilettici; *sintomi psichici*: amnesia, ansia, modificazioni della personalità, delirium, demenza, variazioni d'umore, psicosi.
- *Tumore cerebrale*: vi è una crescita di tessuto che disloca le strutture normali; *sintomi fisici*: cefalea, vomito, vertigini, attacchi epilettici, sintomi neurologici focali; *sintomi psichici*: perdita di memoria, declino cognitivo, demenza, modificazioni della personalità (disinibizione, apatia), depressione, dissociazione, psicosi.

3 PSICOLOGIA CLINICA

Una psicologia specializzata

Di fronte alle domande insolute sui disturbi mentali e alle problematiche insite nelle relazioni umane, la psicologia ha cercato di dare delle risposte attingendo alle proprie ricerche e al sapere sviluppato nei laboratori. Da questa situazione sono nati ulteriori vantaggi, poiché l'impegno "sul campo" ha portato con sé nuove questioni ma anche nuovi studi e altrettante nozioni.

Le conoscenze acquisite in ambito psicologico, una volta applicate alla realtà quotidiana, hanno comportato, inevitabilmente, un rapporto privilegiato col settore d'interesse, e questo si è tradotto, parimenti alla medicina, in una 'specializzazione'.

Sono così nate: la "psicologia del lavoro", la "psicologia militare", la "psicologia dello sport", la "psicologia economica" e tante altre particolarità, tra cui, ovviamente, la "psicologia clinica", dalla quale hanno preso vita, poi, la "psicologia ospedaliera" e la "psicologia della salute".

Prima di approfondire quali sono i criteri e gli obiettivi che stanno alla base della "psicologia clinica", è opportuno fare qualche accenno alla "psicologia ospedaliera" e alla "psicologia della salute", a favore di una migliore comprensione e di una minore confusione. In generale, la differenza principale tra queste diverse specializzazioni si trova nelle finalità che esse si pongono.

• Psicologia della salute

«*Per psicologia della salute si intende un settore della psicologia a rapido sviluppo, che abbraccia i contributi scientifici e professionali della disciplina alla promozione della salute e del benessere, nonché alla diagnosi, cura e prevenzione delle malattie, e all'elaborazione di teorie e modelli psicosociali esplicativi e predittivi di salute e malattia.*» (Maes e van Veldhoeven, 1990).

Più sinteticamente della definizione succitata, la "psicologia della salute" si differenzia dalla "psicologia clinica" perché non si occupa esclusivamente dei disturbi mentali, ma anche del benessere fisico. Inoltre, assegna un rilievo prioritario alla prevenzione anziché all'aspetto curativo.

Da aggiungere che la "psicologia della salute" si distingue dalla "medicina psicosomatica" perché fa riferimento alla psicologia sperimentale e non alla declinazione clinica o psicodinamica. Infine, si differenzia dalla "medicina comportamentale", detta anche "psicologia ospedaliera", per essere solamente una branca della psicologia.

Un forte impulso al suo sviluppo è stato dato da eventi storicamente coincidenti, come il diffondersi di malattie cronico-degenerative e la crescita dei costi di un sistema sanitario riferito alla cura piuttosto che alla prevenzione.

• Psicologia ospedaliera

È indicata anche come "medicina comportamentale".

- Considerata un campo multidisciplinare, si è evoluta come un interesse per la malattia fisica partendo dai concetti e dalle conoscenze della terapia comportamentale, per diventare, all'ultimo, un settore interdisciplinare di confine tra

le scienze comportamentali e quelle biomediche.

La definizione di "medicina comportamentale" ha fatto la sua comparsa nel 1973, e riguarda l'adattamento dei metodi e delle conoscenze cognitive e comportamentali alla salute fisica. Attualmente, l'intervento psicologico a fianco di quello medico è un tema sensibile: concetti come il 'consenso informato' e la 'qualità di vita' comportano, per la sanità, una visione dell'utente diversa dall'essere solamente un individuo con parti del corpo non funzionanti.

La scelta, come valore, del concetto di 'persona' malata implica che l'attenzione deve rivolgersi allo stesso modo sia per le necessità fisico-organiche e sia per gli aspetti emotivi e psicologici. L'applicazione delle procedure psicologiche, nel caso specifico, è mirata alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle problematiche fisiche, nonché alle conseguenze delle malattie organiche.

• *Psicologia clinica*

Può essere indicata, sinteticamente, come l'esercizio, in campo clinico, dei procedimenti e delle nozioni delle principali discipline psicologiche. I contesti in cui viene esercitata non sono solo gli stabilimenti 'stazionari' per la cura delle malattie (ospedali, cliniche, ecc.), come potrebbe suggerire la definizione, ma anche i diversi ambulatori e centri di consulenza.

In definitiva, la "psicologia clinica" si occupa della persona al fine di curarla, avendo l'obiettivo di guarirla e, comunque, di accompagnarla nella sua sofferenza dovuta a una psicopatologia, cioè a dei disturbi psichici.

Il Collegio dei Professori e dei Ricercatori delle Università Statali ne ha dato il seguente inquadramento: "*La Psicologia Clinica implica una clinica essenzialmente psicologica, che si differenzia dalla clinica di tipo medico. Gli interventi clinici si configurano con metodiche atte a modificare stati mentali, schemi di comportamento e sistemi di relazione.*

Variamente denominate, le metodiche della Psicologia Clinica, hanno il fine di realizzare migliori condizioni funzionali e adattive, lungo la processualità del 'caso singolo', sia esso costituito da uno o più individui, in situazioni di gruppo e/o istituzionali.

Occupano posizione centrale in tale attività, le psicoterapie propriamente dette. Gli ambiti di intervento della Psicologia Clinica riguardano una molteplicità di situazioni problematiche, rilevanti sul piano personale e/o sociale, in cui la psicopatologia si costituisce come una, ma non esclusiva, indicazione accanto alle situazioni di disagio, comunque evidenziate, e alle aspirazioni personali e sociali al cambiamento".

Al di là della particolarità scientifica e professionale, l'esercizio della "psicologia clinica" implica tutti i doveri e gli obblighi che contraddistinguono le scienze che si occupano della cura e del benessere della persona ammalata. Questo, nonostante un certo grado di difficoltà, poiché il malessere psichico comporta, non di rado, il coinvolgimento del contesto, tanto nelle relazioni sociali quanto nello stato economico.

• *Psicologia positiva*

Inizia il suo percorso fondativo-concettuale negli USA, alla fine degli anni 80 del secolo scorso e completandolo nel 2000, a seguito di un interesse per la felicità, la soddisfazione e la qualità della vita. L'intenzione era comprendere questi fenomeni in relazione alle caratteristiche individuali.

Sino a quel momento, la Psicologia Clinica aveva posto tutto il suo interesse sulla diagnosi e sulla terapia dei disturbi psichici. Pur di fronte a notevoli risultati, si è notato come in molte situazioni di malessere fossero implicate esperienze negative o aspetti sociali stressanti: abusi sessuali, divorzi, tossicodipendenze, incidenti, ecc..

Poiché la psicologia non è legata solamente al disagio e alle sofferenze mentali, la 'Psicologia positiva' si è posta l'obiettivo di sviluppare delle abilità individuali per una vita migliore puntando sull'accrescere le competenze, concentrandosi sui fattori positivi e sui punti di forza delle persone.

L'idea di fondo è che se l'umanità nutrisse pensieri chiari e tranquilli, e la comunicazione tra individui fosse sincera e rispettosa, le persone ne ricaverebbero benessere e positività. Le conseguenze sarebbero un minor numero di disagi, con un migliore e più diffuso stato di salute, fisica e mentale.

4 ASPETTI CRITICI: TRAUMA & STRESS

La condizione traumatica

Non ritrovarsi nel proprio ambiente, sperimentare l'impossibilità di provvedere a se stessi, essere debilitati nel fisico e doversi affidare, per le proprie necessità, ad estranei è una condizione che si potrebbe definire "critica". Ma è proprio questa la condizione che si viene a determinare durante un ricovero in ospedale.

Certo, la professionalità degli operatori sanitari e l'instaurare un rapporto empatico e umano tra questi e i pazienti può mitigare molto l'impatto dato dalla degenza. Ma, può piacere o no, si tratta pur sempre di una situazione che esce dalla normalità e, come tale, rappresenta una stato di difficoltà per le persone. È quello che viene indicato come un "evento critico".

Si tratta di un avvenimento, quello 'critico', che si declina in molteplici scenari, di cui quello clinico è solamente uno: terremoti, guerre, inondazioni, emigrazioni, trasferimenti per lavoro, cambiamenti di residenza, per citarne alcuni. Sono tutte situazioni in cui si può verificare un episodio traumatico, dal quale si generano, come conseguenze, numerosi disturbi psicologici. Ovviamente, gli stati di alterazione che un individuo può sviluppare sono proporzionali al livello di criticità percepita soggettivamente, dipendente dall'impatto psicologico che riveste l'accaduto.

Ecco un elenco delle alterazioni psichiche, transitorie o a carattere cronico, che possono instaurarsi a seguito dell'esposizione ad un "evento critico": Disturbo Acuto da Stress, Disturbo da Stress Post-Traumatico, Disturbo da Stress Traumatico Complesso, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbi Dissociativi, Disturbi Somatoformi, Addiction, Lutto Complicato, Panico Post-Traumatico, Depressione Post-Traumatica, Disturbi dell'Adattamento e Disturbo Psicotico Breve.

Si calcola che circa il 61% degli uomini e il 50% delle donne siano incorsi, nella loro vita, in almeno una circostanza con le caratteristiche del trauma. Tuttavia, solo una piccola parte di questa popolazione riporta conseguenze con disturbi psichici, valutata dal 5-8% per i maschi e dal 10-20% per le femmine, a seconda delle ricerche. Perché solo a così pochi il trauma causa turbamento? La risposta la troviamo più avanti.

• *Il trauma*

Generalmente un 'evento' viene considerato 'traumatico' quando presenta le seguanti caratteristiche: "causa degli effetti negativi e uno sconvolgimento nella vita della persona, cioè un grave disordine. Se tale turbamento si riverbera a livello fisico si usa identificarlo come una *lesione*, mentre se ad essere colpiti sono aspetti psicologici, allora, è di solito indicato come uno *shock*, una specie di scossa".

In termini meno tecnicistici, un fatto traumatico si riconosce quando in testa risuona il pensiero: «Questa cosa non doveva succedere!». Inoltre, deve avere le caratteristiche di un evento negativo, scioccante, inaspettato ed emotivamente significativo. A tal proposito, si deve onestamente riconoscere che un ricovero ospedaliero, anche se pro-

grammato, non rientra quasi mai tra le aspettative che le persone desiderano.

Nel D.S.M - 5 (il Manuale Diagnostico e Statistico dell'Associazione Americana degli Psichiatri, 2014), si parla di trauma quando vi sono: «*Esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione (ad es. un incidente automobilistico), oppure violenza sessuale: il trauma si verifica attraverso l'esperienza diretta dell'evento, o il venirne a conoscenza essendo accaduto a un membro della famiglia o a un amico stretto, o con la ripetuta esposizione a dettagli crudi (ad es. nel caso di soccorritori).*».

Invece, nell'I.C.D. - 10 (la Classificazione Internazionale dei Disturbi e delle sindromi psichiche e comportamentali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1993), identifica il trauma come: «*Un'esposizione ad un evento o a una situazione stressante (di breve o lunga durata) di natura eccezionalmente spaventosa o catastrofica, che causerebbe probabilmente un grave disagio a quasi tutti gli individui!*».

Ambedue le definizioni concordano sull'importanza che vi sia un'esposizione a un avvenimento 'sconvolgente', ma poi, sul fatto che tale esperienza debba essere vissuta direttamente o possa anche essere vicariata da altri, l'ICD-10 non lo accenna nemmeno e il DSM-5 sottolinea che deve esistere un vivido legame affettivo tra i protagonisti, nel caso di un trauma indiretto. Pertanto, sì esclude così che un trauma possa essere vissuto anche attraverso l'esperienza per mezzo della televisione, dei giornali o di qualsiasi altro network si voglia.

• *Il trauma psichico*

Se si vuole rispondere al perché non tutti rimangono traumatizzati dall'aver vissuto un evento critico, è obbligo considerare le variabili individuali. Nella fattispecie quelle psicologiche. Va da sé la necessità, a questo punto, di definire il trauma in ottica psichica.

La prima descrizione data, e quella più condivisa nel mondo accademico, appartiene a Jeff Mitchell: «*Qualsiasi situazione che porta le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito.*».

Più sinteticamente, per Roger M. Solomon, il trauma è: «*Qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o perdita di controllo*».

Inoltre, secondo una definizione di Weaver (1995), il trauma non riguarda mai il singolo individuo, poiché ciascuno è inserito in una rete di relazioni: «*Il solo fatto che tu abbia vissuto un disastro non significa che ne verrai danneggiato, ma che tu sarai cambiato da questo!*». Pertanto, se un avvenimento possiede caratteristiche tali da modificare l'autopercezione di una persona, farà mutare anche i rapporti che questa avrà con gli altri. Ciò fa sì che il trauma diventi una vicenda collettiva, poiché coinvolge, loro malgrado, un intero gruppo di individui.

Esistono, oggettivamente, traumi con la "T" maiuscola e traumi con la "t" minuscola. La distinzione viene fatta prendendo in considerazione la variabile del pericolo di vita, reale o percepito: quando la condizione critica è tale da mettere a rischio la stessa sopravvivenza (ad esempio, in guerra o in un grave incidente stradale), allora si parla di un grave trauma con la "T" maiuscola; invece, quando il fatto minaccia una condizione sociale o la reputazione (ad esempio, il dover emigrare o il fare una gaffe), ma non è a repentaglio la vita, in tal caso si parla di un trauma minore, con la "t" minuscola.

In ogni caso i traumi, che siano grandi o piccoli, si basano tutti su quattro principali temi psichici: il senso di "responsabilità" per ciò che è accaduto (negli eventi traumatici le persone si sentono sempre come se avessero una responsabilità, per averli causati o per non sapere come rimediare); la percezione di "vulnerabilità" (la mancanza di sicurezza data dal sentirsi deboli e mancanti di specifiche abilità, pertanto di non riuscire a proteggersi); la mancanza di "controllo" della situazione (la convinzione d'essere impotenti di fronte all'evento) e, quindi, con la compromissione anche della propria "autoefficacia" (viene meno la percezione del proprio valore).

• *Lo stress*

È una parola traslata dall'ingegneria, col significato di "rottura", di "tensione", di "cedimento": un pia-

no di cemento, ad esempio, si stressa se sottoposto a un certo carico per cm quadrato. Nel senso comune, riferito alla condizione psicologica, questo termine viene usato per indicare un certo grado di squilibrio, o la perdita di uno stato di benessere, che investe la persona a seguito di momenti difficili.

Tuttavia, lo stress, in un ambito più professionale, viene declinato in due significati: quello di "eustress" (dal greco 'eu', buono), a indicare lo stress associato ad aspetti positivi come può essere l'eccitamento per una crociera o l'euforia per concludere un affare favorevole, e quello di "distress" che, invece, si accompagna alle difficoltà e alle frustrazioni, come possono essere le avversità sul lavoro o i contrasti affettivi. Di norma quando si menziona lo stress s'intende il distress, cioè lo stress 'cattivo', e così sarà da considerare anche nelle righe che seguono.

La prima definizione universalmente accettata la diede Hans H. B. Selye, un medico ungherese, con un articolo sulla rivista 'Nature' nel 1936, in cui lo stress era così delineato: «*È una sindrome generale di adattamento: una risposta, indifferenziata e naturale dell'organismo, a delle situazioni* (stressori) *che stimolano il fisico. Si distingue in tre parti: fase di allarme* (con modificazioni bio-chimico-funzionali, conseguenti all'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico, che interessano gli ormoni corticosurrenali e l'adrenalina), *fase di resistenza* (nella quale il corpo si dispone a mantenere lo stato di allerta) *e fase di esaurimento* (dove vi è un crollo dell'attivazione, causa l'esaurimento delle energie, è l'impossibilità di reagire ulteriormente agli stressori)».

Il quadro che ne esce mostra una varietà di fenomeni vegetativi che si attivano quanto l'organismo deve far fronte a situazioni esterne (dette "stressori"), inusuali per tipologia, intensità, qualità o durata. Quindi, l'organismo mobilita le proprie risorse per mantenere l'equilibrio tra sé e l'ambiente, per adattarsi. A livello fisiologico vengono interessati i sistemi "endocrino", "nervoso autonomo" e "immunitario", con l'incremento di adrenalina e noradrenalina, di cortisolo e di prolattina, di beta-endorfine, di ormoni tiroidei. Il fine è quello di aumentare le disponibilità energetiche, di rendere le persone più attive, meno sensibili al dolore e più resistenti alle infezioni. In altre parole: ottimizzare le capacità di fronteggiare condizioni critiche, compreso il combattimento.

Però, se la definizione di stress data da Selye sotto l'aspetto corporeo è inappuntabile, per quello intellettivo ignora completamente le "situazioni logoranti" per la mente. Rimane, così, aperta la domanda: «I fenomeni stressanti sono solo quelli che impegnano il fisico? È solo il caldo e il freddo, ad esempio, o la fame e la sete a indurre stress?». Si avverte l'esigenza di completare il punto di vista strettamente organicistico, unendo a questo anche il lato psichico.

Bisogna aspettare il 1966 per arrivare all'enunciazione di Robert S. Lazarus, uno psicologo cognitivista, dove si precisa che vi è anche una risposta affettivo-emozionale allo stress: «*La reazione psichica allo stress dipende dalla valutazione cognitiva relativa all'evento. Ed è diversa dalla reazione fisica, che discende direttamente dall'azione dello stimolo sui tessuti.*». Allora, diviene possibile sostenere che lo stress è innescato da una grande varietà di stimoli fisici, biologici e psicosociali, e la tensione psichica è conseguente alla reazione emozionale che questi producono nell'essere vivente. La valutazione cognitiva risulta determinante nel graduare la risposta dell'organismo agli stimoli stressanti.

• *La traumatizzazione vicaria*

La parola 'vicario' indica 'qualcosa, o qualcuno, cha fa le veci di altri'. Affiancandola al termine 'trauma' si vuole segnalare una esperienza da evento critico trasmessa attraverso il vissuto di altri, per empatia o per suggestione (dal latino *suggere*, cioè 'suggerire').

Si tratta, quindi, della reazione traumatica di una persona a seguito di informazioni specifiche date dalla vittima. Possono esserne colpiti tanto gli operatori sanitari, in generale, quanto gli stessi terapeuti che si occupano di trattare il trauma. E' frequente tra le cosiddette 'professioni d'aiuto', vale a dire tra coloro che lavorano con le vittime, come gli operatori dell'emergenza, i soccorritori, i vigili del fuoco, i volontari, i tutori dell'ordine e i religiosi. Può indurre anche forme di burnout e reazioni emotive disturbate dinnanzi alle condizioni affettivie di chi assistono.

La traumatizzazione vicaria è in grado di portare cambiamenti significativi nella personalità, in quella che i psicodinamici chiamano 'aspetti centrali del sé': negli schemi cognitivi dell'identità, dei ricordi e delle convinzioni. Ad aggravarla contribuiscono un eccessivo coinvolgimento empatico o un forte sentimento di compassione.

Nel caso del terapeuta si realizza quando si crea uno stretto rapporto emozionale col paziente, manifestandosi con forti turbamenti cognitivi, trascuratezza della propria persona e per una carente comunicazione emotiva col resto del gruppo di lavoro.

• *Fisiologia dello stress*

La condizione di stress è stata recentemente 'fotografata' a livello cerebrale, anche grazie alle ultime tecniche diagnostiche per immagini come la T.A.C., la R.M.N. e la P.E.T..

Per quanto riguarda la risposta del Sistema Nervoso Periferico, dei vari organi e dell'apparato muscolare, si sapeva già da tempo che lo stato di attivazione/allarme è veicolato dal Sistema Adrenergico: l'*adrenalina*, un neurotrasmettitore secreto soprattutto dalle ghiandole surrenali, causa vasodilatazione delle arterie muscolari e coronariche, innalza la pressione sia diastolica che sistolica, rilassa la muscolatura bronchiale e addominale, aumenta la frequenza cardiaca, induce una vasocostrizione cutanea e aumenta il tasso di glucosio nel sangue. In altre parole: prepara il corpo e la mente a rispondere al problema. Però, se questo stato di iper-attivazione si mantiene a lungo comporta infiammazioni dei tessuti molli e una depressione del Sistema Immunitario, ne consegue una maggiore labilità alle malattie.

Oltre all'adrenalina vi sono altri ormoni che entrano in gioco con lo stress, quali il *cortisolo*, la *prolattina*, la *noradrenalina*, le *endorfine* e gli ormoni tiroidei. Il meccanismo biologico messo in atto ha, per un verso, lo scopo di aumentare l'energia disponibile e proteggere dalle infezioni, e, per l'altro, di contrastare la stanchezza e ridurre l'intensità del dolore.

Invece, per quanto riguarda il S.N.C. e la mente, un passo importante verso la comprensione della reazione allo stress è stata la scoperta del neurobiologo canadese Joseph LeDoux alla fine del XX secolo. Le ricerche di LeDoux si sono concentrate sul rapporto tra l'*Amigdala*, il *Talamo* e la *Corteccia Sensoriale* in relazione agli stimoli ambientali, in particolare a quelli della paura.

L'*Amigdala* è un'area sottocorticale, del sistema limbico, deputata ad elaborare gli stimoli dello stress e della paura; il *Talamo*, conformato come due ovuli tra loro connessi e composti da numerosi centri nervosi, è collegato con gli emisferi cerebrali ed è un centro di giunzione tra il cervello e il sistema sensoriale, intervenendo anche nel controllo della motilità suscitata dagli stimoli dolorosi o affettivi (attraverso legami diretti con la corteccia motoria e indiretti col sistema extrapiramidale); la *Corteccia Sensoriale* è la parte dello strato esterno degli emisferi cerebrali, distinta in quattro aree (frontale, parietale, temporale e occipitale), in cui avviene la percezione cosciente, la raccolta dei dati e l'analisi delle informazioni che pervengono dai recettori sensoriali periferici, quali le sensazioni olfattive, acustiche, visive, tattili, gustative e dolorose. È anche il luogo dei processi mentali e delle funzioni superiori (memoria, linguaggio, comportamento, ecc.).

Gli studi di LeDoux hanno rivelato che gli stimoli sensoriali, quando giungono al *Talamo*, non scorrono attraverso un unico percorso nervoso ma si dividono tra due vie neurali diverse, da lui indicate come 'strada bassa' e 'strada alta'. La cosiddetta 'strada bassa' allaccia direttamente il *Talamo* con l'*Amigdala* (cioè gli stimoli sensoriali con le risposte emotive), mentre la 'strada alta' è più lunga e collega prima il *Talamo* alla *Corteccia Sensoriale* e successivamente, da quest'ultima, i segnali arrivano all'*Amigdala*.

La via *Talamo-Amigdala*, evitando il passaggio nella *Corteccia*, fa sì che l'informazione non venga elaborata: pertanto la sua risposta è generica e non mirata. Per contro, la via *Talamo-Corteccia-Amigdala* consente una reazione migliore e più specifica alla minaccia. Tuttavia, oltre a questa vi è un'altra rilevante differenza tra le due vie e questa ulteriore discriminante è data dal tempo: la 'strada bassa', seppure imprecisa, è più veloce (circa 12 millesimi

di secondo), invece la 'strada alta', più precisa, richiede un tempo quasi doppio (**Figura 4.1**).

Il motivo di questa differenza deriva dal fatto che, di fronte agli stimoli inaspettati di un possibile pericolo, è preferibile una risposta universale e indefinita ma immediata anziché una reazione ragionata e precisa ma lenta. Quindi, nel caso di un evento improvviso e minaccioso, la risposta elaborata giunge allo stadio emotivo in ritardo rispetto a quella 'automatica', quando, cioè, la reazione è già stata avviata col predominio dell'asse *Talamo-Amigdala*. D'altronde, è provato che spesso in natura a fare la differenza tra la vita e la morte è la velocità.

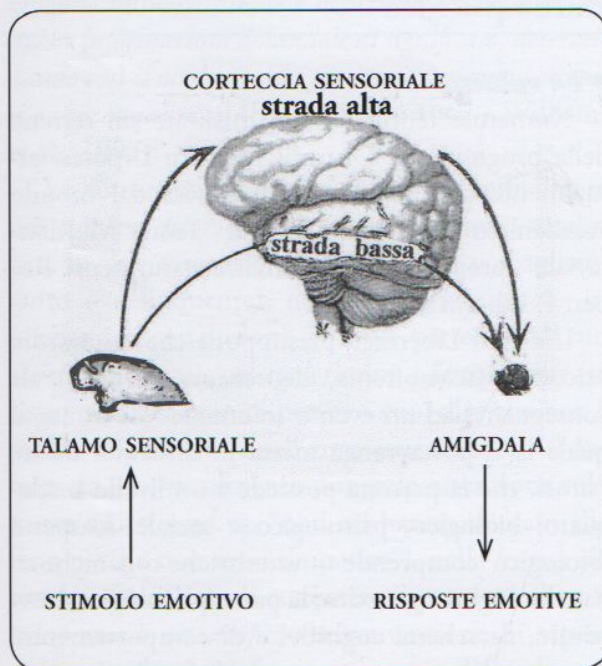



Figura 4.1 - La strada bassa e la strada alta delle emozioni.

Oltre a ciò, ricerche compiute da altri studiosi hanno rivelato che nel corso di uno stress prolungato si verificano alterazioni anatomiche che comportano una riduzione del volume dell'*Ippocampo,* della stessa *Amigdala*, del *Corpo Calloso*, del *Giro del Cingolo*, dell'*Ipofisi* e un'inibizione dell'area cerebrale deputata al linguaggio, mentre, a tutto questo, si accompagna un'ipertrofia del *Surrene*. Tuttavia, tale condizione sembra riequilibrarsi, attraverso una neurogenesi, con la cessazione della condizione di stress.

Criteri diagnostici per i Disturbi da Stress

• *Disturbo da Stress Acuto*

È una condizione di sofferenza che si viene a creare durante, o subito dopo, l'evento critico. Secondo il D.S.M.-5, per gli adulti e i bambini oltre i 6 anni, una diagnosi è possibile se i sintomi persistono "*per almeno 3 giorni e fino a 1 mese*". Per un avvenimento "stressante acuto" s'intende un fatto che abbia un'incidenza rilevante nella vita della persona, quale può essere, ad esempio, un licenziamento o un divorzio

Le manifestazioni di Disturbo da Stress Acuto sono una costellazione di sintomi, di cui almeno 9, o più, devono essere presenti contemporaneamente e sono distinti in "*sintomi di intrusione*" (involontari e ricorrenti ricordi spiacevoli dell'evento traumatico: sogni, flashback, intense reazioni fisiologiche a elementi che richiamano aspetti dell'accaduto), "*sintomi dissociativi*" (alterato senso della realtà, incapacità a ricordare aspetti importanti del fatto), "*sintomi di evitamento*" (tentativi per non avere ricordi o pensieri associati all'evento o per evitare persone o situazioni anch'essi legati all'avvenimento) e "*sintomi di arousal*" (difficoltà nel sonno-veglia, irritabilità, minore concentrazione e abnormi reazioni d'allarme).

Oltre a tutto ciò, vi è la presenza di un "*umore negativo*" che si caratterizza per l'incapacità di provare emozioni positive, felicità o sentimenti d'amore.

• *Disturbo da Stress Post-Traumatico*

Sostanzialmente, la diagnosi differenziale tra il Disturbo da Stress Acuto e il Disturbo da Stress Post-Traumatico si basa sulla variabile temporale dei sintomi, che in quest'ultimo devono persistere, almeno, da oltre 1 mese, causando una compromissione delle funzioni sociali, lavorative e in altri settori importanti. Ovviamente, questa condizione non è imputabile ad una malattia o all'assunzione di sostanze.

I sintomi sono in gran parte gli stessi dello "Stress Acuto", ma per una diagnosi di Stress Post-Traumatico serve la presenza di 1, o più, manife-

stazioni di disagio al posto dei 9 necessari per 'l'Acuto'. Come detto, i sintomi sono di "*persistente evitamento*", di "*alterazioni negative di pensieri o emozioni*" e di "*marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associate all'evento*". Inoltre, è opportuno "*specificare se vi è associazione con sintomi dissociativi di depersonalizzazione* (sentirsi distaccati, come osservati dall'esterno) *o di derealizzazione* (esperienze di irrealtà dall'ambiente circostante).

Bisogna considerare che la sintomatologia è una variabile individuale, in quanto ciascuna persona può mostrare maggiore intensità, frequenza o durata per una certa categoria di sintomi anziché per altre. Ad esempio, possono essere maggiormente presenti aspetti legati all'arousal piuttosto che pensieri negativi.

• *Disturbo dell'Adattamento*

I criteri diagnostici implicano che i sintomi, sia emotivi che comportamentali, si evidenzino entro 3 mesi dall'evento critico. Il fatto 'stressante' può essere identificato in un unico caso (un lutto o una separazione) o in un sommarsi di vicende difficili (tensioni coniugali o problemi economici). Le manifestazioni di disagio sono mantenute non oltre 6 mesi da quando si è verificata la criticità. La diagnosi può essere di 'Disturbo Acuto' se ha una durata inferiore ai sei mesi, oppure di 'Disturbo Cronico' qualora lo stato alterato si protraesse oltre i 6 mesi. Se si mantiene per un tempo superiore ai 6 mesi dalla conclusione del momento scatenante (ad esempio, una sentenza di divorzio), si deve far riferimento ad altra diagnosi.

I comportamenti e gli stati emotivi devono avere una rilevanza clinica. Essere, cioè, così intensi da coinvolgere negativamente le relazioni sociali, lavorative, affettive e altro, oppure risultare reazioni esagerate in rapporto a quanto accaduto. Da sottolineare, in questo Disturbo, la rilevanza dei fattori culturali e del contesto, poiché sono in grado d'incidere sul significato dell'evento stesso: ad esempio, molto banalmente, perdere il lavoro in un momento di crisi economica è indubbiamente diverso che trovarsi a cercare un'occupazione in una situazione di espansione economica.

I sintomi del Disturbo dell'Adattamento possono essere caratterizzati da *umore depresso* (umore basso e/o crisi di pianto), *ansia* (nervosismo, inquietudine o ansia da separazione), *alterazione della condotta* (il comportamento e l'atteggiamento non risultano conformi a quelli propri della persona) o essere anche misti come con *umore depresso e ansia* o anche *alterazione mista dell'emotività e della condotta.*

Questo disturbo è quello più comunemente rilevato nel corso di ricoveri in ospedale, case di riposo e in diverse altre strutture. Nell'ospedalizzazione psichiatrica il Disturbo dell'Adattamento arriva a manifestarsi anche nel 50% dei ricoverati.

Vulnerabilità e fattori costituenti un disturbo psichico

• *La vulnerabilità*

Numerose teorie si sono misurate sul terreno della prognosi dei Disturbi Psichici. L'ipotesi attualmente più accettata e condivisa dal mondo accademico e professionale è la "Teoria Multifattoriale", proposta dallo psichiatra statunitense Robert P. Liberman.

L'idea di Liberman presuppone che un esordio psicotico (schizofrenia, depressione o altro) sia conseguente ad un evento traumatico di fronte al quale la risposta venga messa in difficoltà da tre fattori, che la persona possiede a un livello inadeguato: biologico, psicologico e sociale. L'aspetto 'biologico' comprende caratteristiche organiche su base biologica e genetica; la parte 'psicologica' è costituita da schemi cognitivi e di comportamento, da errori di ragionamento e da disfunzioni emotive; il 'sociale, invece, viene formato dalle avversità sociali, dall'uso di sostanze, da traumi precoci e da stili educativi.

In pratica, nel caso si verifichi una situazione di criticità per la persona e non vi siano abilità cognitive per far fronte all'evento né capacità sociali di gestione, e se vi sia anche una labilità organica per cui le interazioni nervose, sotto l'effetto dello stress, risultano fisiologicamente incongrue (producendo persino delle allucinazioni), allora si viene a creare un clima d'intenso malessere con ansia, smarrimento e sensazione di perdita di controllo col mondo. In questo stato di tremendo disagio la

persona reagisce dapprima con un atteggiamento quasi depressivo, ritirandosi in casa o allontanandosi dagli altri. Poi, in questa nebbia, arrivano le interpretazioni chiarificatrici e, in qualche modo, tranquillizzanti che sono le spiegazioni deliranti ("le onde radio mi leggono il pensiero" o "sono influenzato dalle correnti magnetiche"), le quali riflettono conoscenze e convinzioni dell'individuo.

Dei tre diversi fattori che concorrono a generare un disturbo, in questa sede cercheremo di attenerci alla parte che riguarda gli elementi psicologici.

Gli 'schemi cognitivi' "*sono strutture di pensiero interne, relativamente permanenti, di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, idee o esperienze che vengono immagazzinate e utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati* (Beck, 1964 e 1067 - Williams et al., 1997)".

Le 'distorsioni cognitive' si possono individuare nei *pensieri dicotomici* (le esperienze sono catalogate in due categorie opposte: giusto o sbagliato, santo o delinquente), nell'*ipergeneralizzazione* (si perviene a conclusioni generali partendo da un caso particolare), nel *svalorizzare i fatti positivi* (se è successo qualcosa di positivo vuol dire che non è molto importante), nell'*astrazione selettiva* (si interpreta un avvenimento ponendo attenzione solo su un aspetto: ad es. "non mi hanno invitato alla festa perché non sono simpatico"), nella *lettura del pensiero* (si ritiene di conoscere il pensiero altrui), nel *pensiero catastrofico* (la convinzione di sapere cosa succederà nel futuro, senza vagliare diverse possibilità), nell'*ingigantire* o *minimizzare* (si esalta l'importanza di un evento negativo o, al contrario, viene distorta la rilevanza di un episodio positivo), nel *ragionamento emozionale* (giudicare un'ideazione come qualcosa di reale solo perché è percepita come tale), nelle *affermazioni doverizzanti* (dire a se stessi che si 'deve fare' qualcosa quando sarebbe più corretto dire che si 'desidererebbe fare' o si 'vorrebbe fare'), nell'*etichettatura globale* (usare un'etichetta, e i suoi significati, per descrivere un comportamento: 'stupido', 'incapace' e altro) e nella *colpevolizzazione impropria* (giudicare a posteriori una propria azione quando, al tempo, non si conosceva ancora quale era la scelta migliore, ignorando il contesto o il possibile agire degli altri).

Le 'disfunzioni emotive' riguardano stati emozionali incongruenti in rapporto alla situazione che le ha stimolate, per la loro intensità o per l'adeguatezza con l'evento, Oppure per entrambe le ragioni: sia per l'intensità che per l'attinenza.

"*È stato osservato come i sintomi disturbanti dei disturbi formali del pensiero peggiorino quando l'argomento di conversazione risulti 'emotivamente saliente' o quando il paziente viene criticato da un membro della propria famiglia o da una 'persona significativa'* (Rosenfarb et al., 1995).

Risultano, quindi, decisivi sul piano emozionale gli elementi situazionali e psicologici nel determinare l'attivazione del disturbo: "*È comune nella pratica clinica osservare come il disturbo del pensiero si evidenzi pesantemente quando si toccano argomenti importanti per il trattamento* (Beck et al., 2009)".

Si è potuto osservare come il disturbo formale del pensiero sia, almeno in parte, il risultato di una 'reazione allo stress' generata davanti a situazioni o argomenti importanti per l'individuo. Uno stato che ricorda quello della balbuzie, dov'è evidente come ideazioni ansiogene («Farò ridere.. Non riesco a farmi capire..»), elicitate da specifici contesti, compromettano significativamente le capacità comunicative. Ripetute esperienze di questo tipo possono spiegare la tendenza al ritiro sociale tipico delle persone con disturbi psichici.

• *Fattori costituenti*

Gli elementi che compongono il terreno idoneo per lo sviluppo di un disturbo psichico sono individuabili nelle cosiddette "4 P": "Predisponenti", "Precipitanti", "Perpetuanti" e "Protettivi".

Vengono indicati come 'predisponenti' quelle caratteristiche che riguardano la mancanza di particolari abilità o l'avere già sperimentato esperienze significative per la formazione del malessere stesso: nel primo caso, ad esempio, possono esserci schemi cognitivi rigidi che assegnano agli altri un ruolo minaccioso oppure l'essere stati rifiutati dal gruppo.

'Precipitanti' sono gli accadimenti che si verificano immediatamente prima della comparsa

dell'alterazione psichica, come sarebbe il perdersi in una città sconosciuta.

Sono, invece, chiamati fattori 'perpetuanti' quelle specificità che mantengono il disturbo. Nel caso esemplificato, potrebbe trattarsi dell'adottare un atteggiamento di evitamento degli altri o di perseguire cognizioni/convinzioni negative e di ostilità nei confronti del mondo.

Gli elementi 'protettivi', che sono ovviamente carenti nel caso si formi un disturbo, sono tutte quelle risorse, individuali e sociali, in grado di far mantenere alla persona una certa capacità di reazione e di controllo, tale da contenere il livello di distress. Continuando nell'esempio, potrebbero essere le abilità sociali da usare per stabilire una comunicazione interpersonale o la capacità di assegnare una causa realistica allo stato di disagio/preoccupazione che la persona sta provando.

• *Stress e sviluppo delle reazioni al trauma*

Nel modello di vulnerabilità allo stress proposto da Grant e Beck (2009), i deficit cognitivi associati a credenze disfunzionali portano, dapprima, ai sintomi negativi e, successivamente, ad uno scarso funzionamento. Perciò, nell'evolversi di una vicenda da stressante a trauma, accanto agli indicatori fisici assumono grande significato anche le convinzioni e le strategie del pensiero.

Un evento per essere classificato come "critico" e, in quanto tale, origine di traumi, deve caratterizzarsi per essere "improvviso e inaspettato", in grado di "sopraffare la percezione di controllo" su se stessi e sull'ambiente, evocare la "presenza di una minaccia" verso la persona e "comportare perdite emotive o danni fisici".

Quindi, partendo dal fatto stressante vi può essere uno sviluppo in direzione del trauma attraverso un percorso in cui si distinguono più fasi. La prima fase è data dal deflagrare della situazione critica, e in questo inizio si assiste ad un aumento dell'arousal con una duplice risposta: fisiologica, da un lato, perché il corpo si mobilita e diviene più reattivo, cognitiva, dall'altro, dato che si attiva anche la mente per poter elaborare velocemente più informazioni.

La seconda fase è raccolta nelle prime 23-72 ore dall'evento. In questo lasso di tempo le persone vivono una dimensione di shock, di 'scossa' psichica. La mente viene proiettata in uno stato di disorganizzazione con perdita di concentrazione e confusione, subito dopo si hanno le reazioni fisiche allo stress con tremori, pianto, sensazioni di freddo, nausea e altro ancora. Vi è un atteggiamento di negazione dell'accaduto e di dissociazione, manifestato dall'incredulità, dalla difficoltà di memoria e di comprensione per ciò che è successo. Si può osservare anche un arousal emotivo, con emozioni di rabbia o di tristezza, di paura ma anche di eccitazione per essere usciti indenni dalle possibili conseguenze pericolose.

In queste prime ore non è possibile realizzare un intervento terapeutico, poiché la disorganizzazione dell'elaborazione mentale non permette ancora che questo eccezionale impatto sulla psicologia si stabilizzi nelle sue caratteristiche e, quindi, possa essere rielaborato.

Un Disturbo Psichico generato da un fatto traumatico è individuabile, nella dimensione cognitiva, in una precisa sequenza di 6 risposte. La prima reazione viene dalla comprensione di trovarsi in una situazione di pericolo a seguito del fatto accidentale. Immediatamente subentra la consapevolezza di essere vulnerabili. La terza risposta consiste nel dover reagire, nell'intuire che è necessario fare qualcosa. Subito dopo si cerca di organizzare i comportamenti in funzione delle proprie possibilità e capacità. Il quinto effetto è quello di agire e la mente si focalizza sul compito: tutta l'attenzione e le energie vengono concentrate sull'azione.

Queste prime cinque risposte avvengono in tempi rapidissimi: tutti gli schemi cognitivi e le conoscenze vengono impiegate per la valutazione della situazione, delle proprie possibilità di sottrarsi al pericolo e per la formulazione di strategie di sopravvivenza. In questi momenti non c'è bisogno, né desiderio, di considerare altri aspetti della vicenda. La valutazione di 'tutto il resto' avviene nella sesta e ultima reazione: quando l'emergenza è passata.

Una volta in salvo il pensiero ritorna al pericolo corso, ed è questa l'ultima risposta all'incidente. È un fatto normale perché vi è la necessità di proteggersi dagli avvenimenti negativi, e cercare strategie difensive da mettere in atto in futuro per poter

salvarsi: si tratta del perentorio bisogno d'imparare qualcosa dall'esperienza. È questo il momento in cui si sviluppano i Disturbi psichici, in particolare quelli che si presentano come reazioni allo stress. Quanto più si è consapevoli della propria impotenza e tanto maggiore è la probabilità che la paura, l'angoscia e la disistima travolgano la persona. Se gli stati emotivi negativi raggiungono significativi livelli d'intensità e s'accompagnano alla percezione di mancanza di controllo e di inadeguatezza, allora è pressoché certo l'emergere di un Disturbo.

- ***Gestione dello stress***

Dato che lo stress si è rivelato determinante per la salute e per la qualità di vita delle persone, diventa importante imparare a gestirlo. È indubbio che il primo passo per poter governare lo stress, e non farsi travolgere da esso, viene dal saperlo riconoscere e dalla consapevolezza delle proprie sensazioni.

Non è affatto semplice, come si tende a credere, rendersi conto di vivere una condizione logorante: spesso sono invocate le circostanze o le intromissioni altrui per spiegare lo stato d'irritabilità o le proprie manchevolezze. A questo scopo può tornare utile il quadro riassuntivo riportato qui sotto. Ricordiamo che i sintomi dello stress possono presentarsi durante l'evento stressante ma, più frequentemente, pure in altri contesti: famiglia, relazioni sociali, ecc..

Una seconda mossa consiste nel ricordare i propri successi conseguiti nel passato. Il ripensare agli esiti favorevoli non solo impedisce che i risultati negativi possano dominare la percezione di sé, ma infonde anche motivazione e incoraggia il futuro: se si deve affrontare una prova, rammentare i successi avuti in quell'ambito dà sicuramente più carica che soffermarsi sui fallimenti.

Un altro passo consta nel fare prove mentali ed esercitazioni pratiche. Allenarsi ad affrontare le situazioni difficili aiuta a sviluppare abilità di fronteggiamento e di gestione, aumentando le competenze e gli automatismi dei gesti e dei pensieri funzionali alla circostanza.

Una quarta strategia per controllare lo stress è quella di evitare i «Perché..?» e i «Se io avessi..!». Questo perché il ritornare a ciò che è stato, ai dubbi e agli errori, non è di nessuna utilità: infatti, formulare ipotesi su cosa sarebbe potuto succedere aumenta, prima, l'incertezza e con essa l'ansia, insieme a un senso d'impotenza (non si può imparare una qualsiasi reazione da quelle che sono supposizioni e non fatti), poi crea un clima di confusione, visto che nessuna congettura riesce a dimostrarsi più vera delle altre poiché manca il supporto della realtà.

Una quinta azione risulta dal mangiare e dormire 'bene'. È importante non abbandonarsi a un mangiare compulsivo e nervoso né ricorrere ad alcolici per cercare, nello stordimento, un sollievo alla dolorosa tensione dello stress. Sono vie di fuga adottate molto spesso dalle persone allorché avvertono l'impressione di trovarsi in un vicolo cieco. Anche il sonno è fondamentale per mantenere un equilibrio fisico e mentale: numerosi studi hanno confermato le negative conseguenze date dalla de-

SINTOMI DELLO STRESS-TRAUMA

EMOZIONALI	COGNITIVI	BIOLOGICI	PSICOSOCIALI
* collera / rabbia	* meno concentrazione	* affaticamento	* ritiro sociale
* incredulità	* confusione	* disturbi del sonno	* aumento situazionale dello stress
* paure	* distorsioni pensiero	* iperattivazione	
* senso di colpa	* pensieri intrusivi	* più malattie	* abuso di sostanze
* irritabilità	* calo autostima	* calo dell'appetito	* difficoltà in ambito lavorativo
* senso d'impotenza	* autoaccusa	* calo della libido	
* depressione	* calo autoefficacia	* trasalimenti	* alienazione

Tabella 4.1 - Le varie manifestazioni dello *stress-trauma*.

privazione del sonno. Fare esercizi di rilassamento e condurre i propri pensieri verso cose gradevoli sono abilità che aiutano a ridurre l'eccitazione nervosa Ecco, allora, perché mangiare e dormire 'bene' (nel senso di 'sano') è importante.

Mantenere un interesse per i cosiddetti 'hobby' e per gli svaghi è un'altra mossa utile. Da una parte distolgono l'attenzione dalle difficoltà e dai problemi, e dall'altra sono corroboranti per l'autostima. Infatti, non è possibile appassionarsi ad un divertimento nel quale si rimediano solo brutte figure: che sia tirare calci ad un pallone o giocare a scacchi, se si trae piacere da queste attività è perché si raggiungono risultati soddisfacenti nel praticarli.

Un settimo passo consiste nel mantenere e coltivare delle relazioni sociali. Intanto, essendo gli esseri umani delle creature sociali, il vivere in gruppo tranquillizza e infonde sicurezza. C'è poi da aggiungere che il confronto e il dialogo con gli altri arricchisce di varie opinioni l'analisi dei problemi, evitando di incistarsi in un unico punto di vista. Sono tutte risorse che solo il vivere sociale può fornire.

Un'altra mossa per evitare un atteggiamento passivo di fronte allo stress è il parlare di come ci sentiamo con amici, colleghi o anche conoscenti. Di fatto, il condividere delle emozioni col gruppo attenua l'impatto ostile delle stesse: spesso è sufficiente, ad esempio, confessare di essere in ansia per vedere ridursi, quasi immediatamente, la fastidiosa sensazione di disagio che questa produce.

La nona risposta allo stato di pressione psichica è fare esercizio fisico e adottare tecniche di rilassamento, dato che entrambe si sono rivelate in grado di lenire la fastidiosa sensazione di nervosismo come testimoniano diversi studi. Ridurre il livello di tensione ha certamente delle ripercussioni positive, aiutando il riequilibrio di tutto il sistema endocrino oltre che a favorire, come è stato già detto, il sonno. A questo proposito, va sottolineato come l'attività motoria promuova la produzione di *endorfine*, sostanze secrete dall'ipofisi (una ghiandola endocrina) dotate di proprietà simili alla morfina, e di altre sostanze oppiacee, che modulano la trasmissione e la percezione del dolore. All'ipofisi sono legati, tra l'altro, l'ormone della crescita (GH), gli ormoni preposti alle funzioni riproduttive (FSH, l'ormone follicolo stimolante) e il rilascio di *ossitocina* (prodotta dall'ipotalamo e immagazzinata dal lobo ipofisario) che stimola le contrazioni uterine e collabora col processo orgasmico (perciò definita anche come 'ormone del piacere').

Infine, per arginare gli effetti negativi dello stress, si è rivelato vincente il tornare alla routine quotidiana, organizzando la programmazione e la gestione delle occupazioni. Avere la mente impegnata anche con altri compiti e mantenere una linea di continuità nel proprio stile di vita, fa sì che tutta l'attenzione e l'energia non vengano assorbite dalle difficoltà finendo per orbitare totalmente attorno agli stimoli stressanti. Conservare il contatto con la realtà già sperimentata e con la storia individuale permette, in altre parole, di mantenersi all'interno di un ambiente controllato, ridurre il grado di ansia e d'incertezza e avere un ancoraggio alla personale esperienza, favorendo tutto questo un sufficiente livello di serenità, sicurezza e autostima. Al contrario di quanto generato dallo stress.

5 LE EMOZIONI

Emozioni: definizione e caratteristiche

Vi sono molti modi per definire le emozioni, a seconda della teoria di riferimento. Dal punto di vista dell'adattamento possono essere indicate come: 'risposte a stimoli interni e/o esterni all'individuo che comportano un'attivazione neurovegetativa, endocrina e cognitiva al fine di elicitare (cioè, mettere in atto obbligatoriamente) una specifica azione'. In questo ambito, un'emozione corrisponde a una struttura nervosa, filo-geneticamente molto antica, mirata al controllo automatico, e quindi immediato e involontario, di un comportamento.

Gli studi condotti da Paul Ekman, un pioniere in questo campo, hanno individuato 6 emozioni, dette 'primarie' o anche "di base": paura (ansia), rabbia, tristezza, disgusto (rifiuto), sorpresa (interesse) e gioia. A queste alcuni studiosi aggiungono anche l'emozione di piacere-dolore, che però rimane distinta dalle altre in quanto ha una spiccata componente sensoriale. Il termine 'primarie' è utilizzato per indicare le emozioni 'pure', vale a dire quegli stati di eccitazione che possono manifestarsi da soli senza essere, necessariamente, associati ad altri.

A loro volta, le 6 emozioni basiche vengono distinte in positive e negative. Le positive sono: gioia, rabbia e sorpresa. Le negative corrispondono a: tristezza, paura e disgusto. Le emozioni positive, a livello del Sistema Nervoso Centrale, si trovano nell'emisfero sinistro, mentre quelle negative sono localizzate nell'emisfero destro. Può sorprendere che la rabbia si trovi fra le emozioni positive, ma bisogna riconoscere che, al di là dei modelli culturali che la vedono sempre associata alla violenza, la lotta per far rispettare i propri diritti dà una certa soddisfazione.

Oltre alle emozioni 'primarie' sono molto numerose quelle che si potrebbero indicare come 'miste'. Una fra le più note è la depressione: in essa convivono insieme le emozioni dell'ansia e della tristezza. Infatti, le manifestazioni di questa condizione psichica appartengono in parte all'ansia (ad esempio, l'inappetenza e l'insonnia), e in parte alla tristezza (come il ritiro sociale e la passività).

Si è potuto notare come le persone più felici e appagate hanno una maggiore attività della corteccia prefrontale sinistra, mentre nei soggetti più ansiosi e nevrotici la corteccia maggiormente attiva è risultata quella destra. Inoltre, la prevalenza della corteccia sinistra, nella contentezza, è associata a una più intensa attività del sistema dopaminergico: il rilascio di *dopamina* (un ormone del gruppo delle *catecolamine*, sostanze legate all'entusiasmo e alla voglia di fare) incoraggia l'interazione sociale, l'empatia e, in generale, le strutture del piacere.

È interessante rilevare come funzionino diversamente le emozioni positive da quelle negative. Le emozioni positive tendono ad incrementare le risorse psicologiche e ad accrescere le funzioni cognitive, come l'attenzione, la memoria e la capacità di elaborazione, promuovendo così il rapporto tra pensiero e comportamento. Per contro, le emozioni negative orientano l'individuo verso reazioni di immediato adeguamento alla situazione con la fuga, ad esempio, nel caso della paura o con il pianto per la tristezza.

Attualmente, alcuni ricercatori sostengono che non abbia molto senso parlare di 'emozioni pure', poiché nel vivere quotidiano si trovano molte emozioni insieme. Inoltre, una singola emozione può ramificarsi in tante sfumature. Ad esempio, la gioia può distinguersi in soddisfazione, serenità o appagamento. Sta di fatto che le emozioni permeano ogni aspetto della vita, lo testimoniano i numerosi vocaboli utilizzati per indicare sia diversi stati d'animo e sia il loro livello d'intensità, come si può verificare da quanto segue:

* *rabbia* = pazzo, inquieto, adirato, risentito, irritato, esasperato, arrabbiato, furioso, turbato, incazzato, alterato, ecc.;
* *ansia* = preoccupato, timoroso, terrorizzato, preso dal panico, spaventoso, pauroso, nervoso, apprensivo, inquieto, agitato, ecc.;
**gioia* = felice, contento, euforico, esultante, gaio, provare piacere, lieto, giubilante, esultante, ecc.;
* *imbarazzo* = stupido, impacciato, confuso, inadeguato, ecc.;
* *senso di colpa* = pieno di vergogna, sentirsi in colpa, cattivo, pericoloso, ecc.;
* *interesse* = curioso, attratto, provare desiderio, invadente, incantato, ecc.;
* *senza speranza* = scoraggiato, pessimista, disperato, impotente, sfiduciato, ecc.;
* *solitudine* = abbandonato, solo, isolato, rifiutato, indesiderato, respinto, ecc.;
* *tristezza* = dispiaciuto, essere giù, infelice, triste melanconico, ferito nell'animo, deluso, depresso, ecc.;
**stress* = sopraffatto, sotto pressione, stressato, teso, soffocato, ecc..

• *Relazioni tra emozioni, fisiologia, cognizioni e comportamenti*

Le emozioni sono riconosciute come capacità innate, in grado di alterare sia la condizione fisiologica sia alcune abilità cognitive (memoria, attenzione, percezione, ecc.), e di generare delle azioni. Infatti, le diverse emozioni sono contraddistinte da specifici comportamenti associati a particolari stati fisici e mentali. Qui di seguito sono riportate le caratteristiche delle emozioni più frequenti in ambito clinico.

EMOZIONI	FISIOLOGIA	COGNIZIONI DOMINANTI	PECULIARITÀ INTELLETTIVE	AZIONI
Paura-fobia	Attivazione Sistema Simpatico con sudore e vasocostrizione periferica	*«Sono in pericolo!», «Sto bene, ma prevedo un problema: perderò il benessere!»*	Diminuzione della concentrazione, memoria e attenzione	Allontanamento, evitamento, fuga
Rabbia	Attivazione Sistema Simpatico con potenziamento della forza e non sudore	*«Starei bene se non ci fosse questo ad ostacolarmi!»*	Perdita dell'empatia, e della socialità. Attenzione centrata verso l'esterno	Attacco, aggressione (fisica e/o verbale)
Tristezza	Bassa attivazione del Sistema Simpatico e inibizione corteccia prefrontale	*«Sono solo!», «Ho perso importanza per gli altri!», «Non conto nulla!»*	Meno autostima, perdita di interesse, visione negativa del futuro. Più capacità introspettiva ed empatia.	Immobilismo, isolamento sociale, bassa motivazione al fare
Gioia	Attivazione Sistema Simpatico e vasodilatazione periferica	*« Sono Bravo!», «Valgo!», «Sono capace!»*	Aumento delle capacità di elaborazione e più concentrazione	Attivismo, aumento socialità, facilità di comprensione

Tabella 5.1 - I rapporti *cognitivo-fisico-comportamentali* delle emozioni.

Anche se vi sono delle emozioni classificate come 'positive', la stragrande maggioranza della letteratura scientifica è concentrata su quelle 'negative', nonostante sia accertata la valenza salutare e terapeutica della gioia e dell'interesse. Comunque, che siano positive o negative, il pregio delle emozioni è che servono a mettere in atto delle reazioni pressoché immediate di fronte a stimoli significativi, di pericolo o di piacere, attraverso un sistema di attivazione fisica e cerebrale detto *arousal*.

È stato detto che le emozioni producono risposte rapide e non sottoposte ad elaborati ragionamenti, ma non per questo sono indipendenti dalle esperienze passate. Il portoghese Antonio Damasio ha identificato il meccanismo del 'marcatore somatico', per mezzo del quale i ricordi di una sensazione fisica provata in un determinato contesto (ad esempio, un nodo alla gola o un peso al petto), viene riattivata allorché la persona si trova davanti a una situazione simile a quella già sperimentata. È una sensazione legata alla memoria, che favorisce la scelta prioritaria di un comportamento fra i tanti possibili.

La distinzione tra mente e corpo come sistemi separati in grado d'intervenire, ognuno con proprie modalità, sul comportamento e sul ragionamento, è stata abbandonata dalla ricerca moderna. L'idea che i processi emotivi siano autonomi e originati dalle aree più primitive del cervello, mentre i pensieri e i ragionamenti occupino la parte cerebrale più evoluta, è stata sostituita da una visione più unitaria: vi è un'integrazione dei due meccanismi e un coordinamento della loro azione finale sul comportamento. Questo processo è più evidente quando si tratta di scegliere utilizzando strategie di programmi, come l'acquisto di una casa, di un'auto o di un luogo di vacanza: qui, aspetti emozionali e valutazioni razionali s'intrecciano fondendosi in un'unica soluzione.

A livello fisiologico la regolazione dell'attività emozionale è data dai sistemi nervosi *Simpatico* e *Parasimpatico*, che si servono di due neurotrasmettitori distinti: il primo si avvale dell'*adrenalina* (prodotta dal surrene) e il secondo dell'*acetilcolina* (liberata dai gangli motori spinali). Ciascun sistema agisce sui vari organi con effetti diversi, come di seguito sintetizzato (**Figura 5.1**).

Figura 5.1 - Attività dei S.N. "Simpatico" e "parasimpatico".

Come si vede, il sistema *simpatico* e quello *parasimpatico*, attraverso la mediazione delle secrezioni endocrine, costituiscono una struttura di controllo e di regolazione delle manifestazioni emotive. Questi stati si esprimono, oltre che con lo stato fisiologico, anche con le azioni motorie, la mimica e le varie alterazioni cutanee: pallori, sudorazione e rossori.

Le interazioni tra manifestazioni psichiche e stati fisiologici sono oggetto di studio della 'psicofisiologia' e della 'neurofisiologia', anche se sono decisamente più popolari quelli riconducibili alla 'psicosomatica'.

• *Correlazioni tra psiche, emozioni e malattie*

Vi sono, ormai, molte attestazioni riguardo il rapporto tra stato psichico e disturbi organici. Si sa che, soprattutto, le emozioni negative trovano corrispondenza con malattie fisiche: ansia, invidia e ostilità non sono proprio il massimo per il benessere psicofisico. Ma, fra tutte le emozioni, quella che crea i maggiori problemi alla salute sembra essere la depressione.

Si sa, da numerosi studi, che lo stress incide negativamente sul sistema immunitario, e che questo stato di tensione del corpo è legato alla dimensione cognitiva ed emotiva. A proposito dello stress, oltre alle definizioni di Selye e di Lazarus ve ne è una di Paolo Pancheri, uno psichiatra italiano, che ne dà, a mio parere, una felice sintesi anche sul coinvolgimento delle emozioni: «*(lo stress)… è una risposta dell'organismo ad ogni richiesta di modificazione effettuata su se stesso. Questa risposta si manifesta sia a livello fisiologico che a livello comportamentale, ed è mediata da un'attivazione emozionale indotta da una valutazione cognitiva del significato dello stimolo.*».

Ulcera e psoriasi sono due disturbi che vengono spesso indicati come esempi di alterazioni prodotte da significativi gradi di nervosismo. Durevoli sentimenti di collera e invidia sembrano causare un calo del 5% dell'efficienza cardiaca, esponendo così le persone al rischio d'infarto. Condizioni di ansia cronica, di prolungata tristezza, di costante ostilità, intenso cinismo e sospettosità paiono raddoppiare il rischio di contrarre asma, artrite, emicrania, ulcera gastrica e infarto. Inoltre, uno stato di stress continuo crea sofferenza all'*ippocampo*, una struttura del cervello coinvolta nelle emozioni e nella memoria.

A precisazione di quanto detto, è opportuno sottolineare che le osservazioni scientifiche, nel campo delle relazioni tra malattie e stato psichico, assegnano all'aspetto emotivo un ruolo secondario: vale a dire che la tipologia e il livello di emozione rappresentano un fattore di rischio e non una determinante. Quindi, sono da evitare le diagnosi su presunti disturbi psichici o di personalità partendo da una malattia o, comunque, da una condizione fisica alterata.

Ultimamente, le ricerche in ambito psicosomatico si sono spinte anche ad indagare le possibili correlazioni tra emozioni e cancro. Le indicazioni risultanti vanno considerate con molta prudenza, in considerazione anche del fatto che il quadro oncologico è sempre stato considerato una malattia somatica prettamente su base biologica, chimica o fisica, assolutamente estranea al Sistema Nervoso Centrale.

È da tener presente che gli stimoli emozionali più numerosi e intensi, nell'umanità, sono legati ai rapporti interpersonale (sociali, affettivi o di lavoro) e alle situazioni di stress. Tra gli studi pubblicati relativi allo sviluppo di tumori maligni, in particolare quelli al seno, i più interessanti riguardano le caratteristiche di personalità: "*…vi è, nella personalità e nella struttura cognitiva dei pazienti,una accentuata tendenza alla negazione ed alla rimozione delle reazioni emozionali, accompagnata da una tendenza all'introiezione dell'aggressività* (P. Pancheri, 1987)*"*. Inoltre, si era anche notato come nei pazienti più gravi vi fosse un minore coinvolgimento emotivo con i genitori.

In sintesi, parrebbe che nelle persone ammalatesi di cancro gli aspetti di personalità significativi siano le tendenze alla depressione e all'introversione, le difficoltà a manifestare sinceramente le proprie emozioni e l'assorbire l'aggressività. Ovviamente, si parla sempre di fattori predisponenti, cioè 'facilitanti', e non 'scatenanti' una neoplasia.

6 IL CERVELLO

Struttura generale

Spesso, trattando di traumi, di stress, di pensieri e di emozioni, si è fatto cenno ad alcune strutture cerebrali e all'azione di ormoni e di neurotrasmettitori. A questo punto diventa, quindi, improrogabile parlare un po' anche del cervello, seppure in maniera veloce e sintetica, prima di analizzare alcune capacità intellettive fondamentali.

• Il cervello

È la parte più rilevante dell'*encefalo*, che assieme al *cervelletto*, al *midollo allungato* e al *midollo spinale* compongono quello che è indicato come 'Sistema Nervoso Centrale' (**Figura 6.1**). È qui che arrivano i segnali dagli organi di senso, le sensazioni propriocettive e del dolore. Il cervello elabora, analizza e confronta le informazioni: governa la memoria, l'attenzione, la percezione, la consapevolezza e organizza il pensiero, il linguaggio e le reazioni endocrine del corpo.

L'*encefalo* è costituito dal *telencefalo* (quello che dal senso comune è visto come il cervello vero e proprio), subito sotto il quale si trova il *diencefalo* (formazione cerebrale distinta in 'ipotalamo', 'talamo', 'ipofisi' e 'epifesi'), quindi, a scendere, il *tronco dell'encefalo* (di cui fa parte il *mesencefalo*) che connette l'*encefalo* col 'Sistema Nervoso Periferico' tramite dodici paia di nervi cranici. Nella calotta del '*tronco*' vi è la *formazione reticolare* (coinvolta nei processi di attivazione cerebrale), in cui numerosi neuroni sono immersi in un intreccio di fibre.

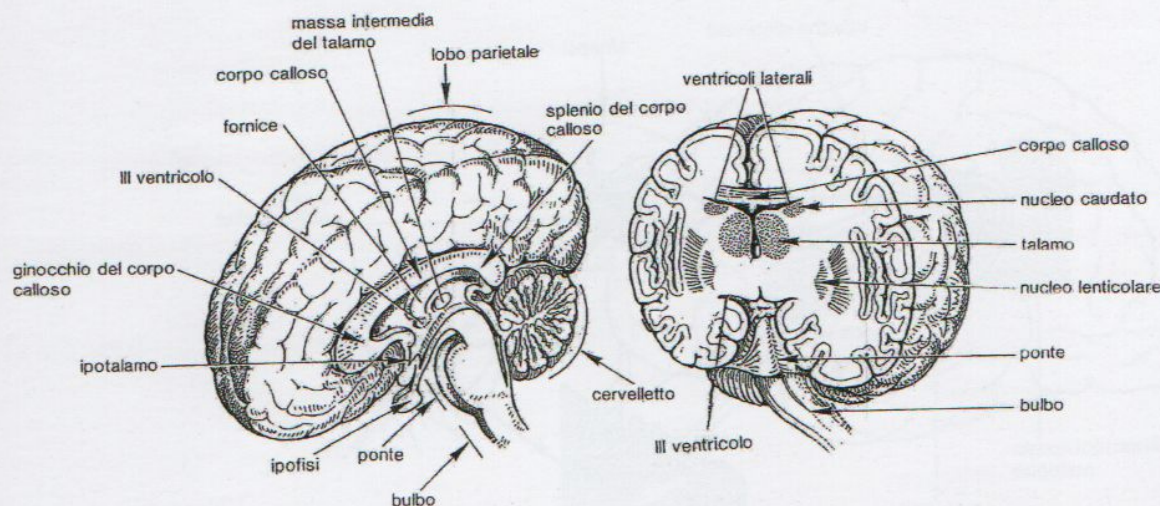



Figura 6.1 - Sezioni trasversali e longitudinali del *cervello*.

Il *cervello* è contenuto nella formazione ossea della *scatola cranica* e ricoperto da tre membrane, dette *meningi*. Lo strato più esterno, dello spessore di 2-4 millimetri, è formato dalla *corteccia cerebrale*: profondamente ripiegata ed è circa 30 volte più grande della superficie che occupa, contenendo da sola il 60% dei neuroni encefalici, e si mostra con numerose sporgenze. Tali protuberanze, indicate come *circonvoluzioni cerebrali*, si caratterizzano per profondità e ampiezza: le fessure più profonde sono dette *solchi*, mentre quelle più estese vengono chiamate *scissure*.

Il cervello è diviso in due metà da una profonda scissura (*scissura sagittale*): l'*emisfero destro* e l'*emisfero sinistro*. A loro volta i due emisferi sono distinti, con solchi e scissure, in 4 aree (*lobi*) che assumono il nome della loro localizzazione: *frontale*, *parietale*, *temporale* e *occipitale*. I 2 emisferi sono uniti alla base dal *corpo calloso*: si tratta di una formazione di fibre nervose che garantisce la comunicazione fra gli emisferi.

Subito al di sotto del *corpo calloso* si trovano i *nuclei della base* e il *sistema limbico*, costituito dall'*amigdala*, dall'*ippocampo*, dall'*ipotalamo*, dal *giro cingolato* e da alcune regioni del *talamo*.

• Il tessuto nervoso e l'attività cerebrale

La struttura cerebrale è formata da innumerevoli formazioni nervose: i *neuroni* (**Figura 6.2**). Sono le cellule che compongono la *materia grigia*, formate da un corpo cellulare (*pireneforo*) da cui partono due tipi di prolungamenti: i *dentriti* (terminazioni afferenti che ricevono gli stimoli) e l'*assone* (connessione che porta gli impulsi del neurone ad altri neuroni, ai muscoli o alle ghiandole). L'*assone* si dirama in una serie di terminazioni dette *sinapsi*, dove si localizzano i neurotrasmettitori.

Il funzionamento cerebrale è garantito da impulsi elettrici e chimici: dal *corpo cellulare* un fenomeno bioelettrico porta il segnale alle *sinapsi*, da queste un 'ponte chimico' trasmette lo stimolo nervoso ad altre cellule. Le *sinapsi* si accostano ai recettori di altre strutture attraverso il *bottone sinaptico*, nel quale sono presenti delle *vescicole* da cui avviene la mediazione nervosa per mezzo della secrezione di sostanze trasmettitrici.

I segnali chimici possono, a loro volta, essere convertiti in impulsi elettrici. Ciascuna tipologia di stimoli immette in circolo uno specifico neurotrasmettitore, in funzione di una particolare situazione. Le principali sostanze col compito di 'messaggeri nervosi cerebrali' sono:

- *noradrenalina* (prodotta dalla midollare del surrene come l'*adrenalina*, ha un ruolo nel Sistema Nervoso Simpatico),
- *acetilcolina* (liberata nella giunzione neuromuscolare, è coinvolta, oltre che nella muscolatura, anche nella memoria, nell'attenzione, nella motivazione e nell'apprendimento),
- *serotonina* (prodotta nel tronco encefalico, opera nei processi dei cicli biologici, del sonno, del risveglio e dell'alimentazione),

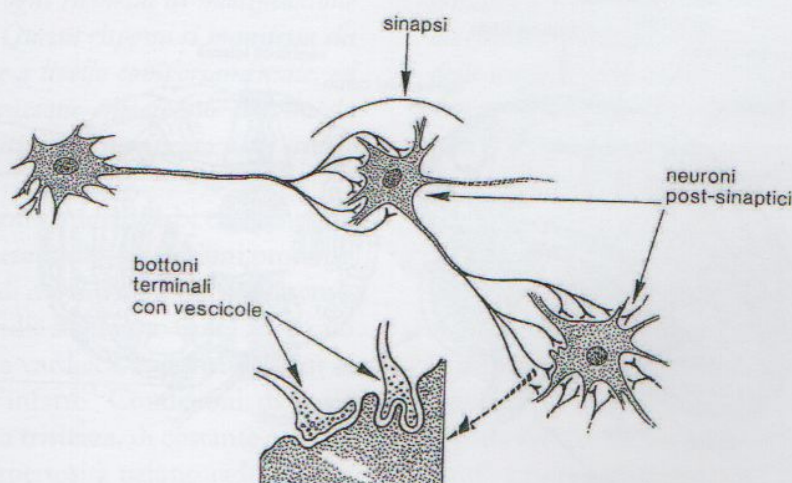



Figura 6.2 - Sistemi di collegamento tra *neuroni*.

- *dopamina* (è coinvolta nel piacere, nel movimento e nei meccanismi di ricompensa),
- *endorfine* (si tratta di oppioidi naturali generati in varie aree cerebrali e dal nel midollo spinale, agiscono inibendo i neuroni del dolore e la risposta allo stress),
- *glutammato* (ormone eccitatorio, agisce sulle funzioni cognitive quali la memoria e l'apprendimento),
- *acido gamma-aminobuttirico (GABA)* (è un neurotrasmettitore inibitorio che riduce l'attività dei neuroni, è attivo anche nel controllo dell'ansia, della vista e del movimento).

Funzioni cerebrali

Abbiamo detto che il cervello è distinto in 4 grandi aree, dette *lobi*, identificate per la loro localizzazione (**Figura 6.3**). Ciascuna di queste aree tratta un gruppo di attività cerebrali. Un'ulteriore, e più dettagliata, distinzione della *corteccia* è stata realizzata con le *aree di Brodmann*, ma questo è terreno per approfondimenti di psiconeurologia.

• I lobi cerebrali

È ormai ampiamente assodata la funzione che rivestono le diverse aree del cervello. Queste zone

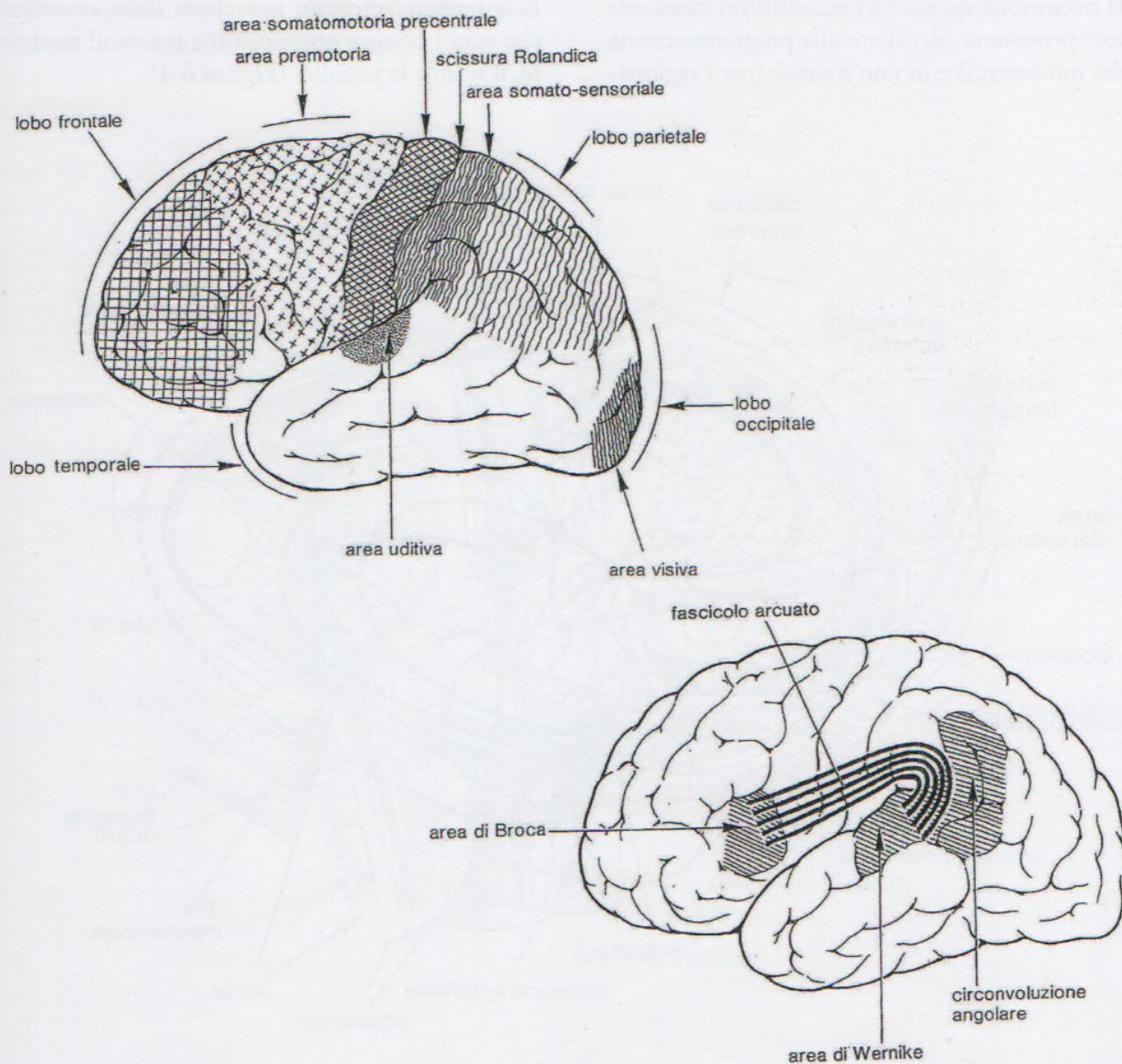



Figura 6.3 - Le diverse aree del cervello distinte per funzioni.

sono indicate come *lobi*, preposti sia alla ricezione degli stimoli che alla loro trasmissione, situate in specifiche regioni cerebrali come indicato nel disegno.

Ogni *lobo* ha una sua funzione specifica:
- *lobo parietale*, deputato al riconoscimento degli stimoli somatosensoriali e all'orientamento;
- *lobo occipitale*, percepisce e integra le informazioni di tipo visivo;
- *lobo temporale*, ha funzioni relative agli stimoli uditivi, alla memoria e al linguaggio;
- *lobo frontale*, dove si elaborano i movimenti volontari, i ragionamenti, il controllo emotivo e la risoluzione dei problemi: è distinto in un settore *premotorio* (destinato alla programmazione dei movimenti) e in uno *frontale* (per i ragionamenti, il governo delle decisioni e i comportamenti sociali).

All'interno di queste regioni se ne distinguono altre più specifiche: l'*area di Broca* (nel *lobo frontale*) per la formulazione del linguaggio e funzioni motorie, e l'*area di Wernike* (nel *lobo parietale*) per la comprensione del linguaggio. Vi sono anche i *gangli della base*, coinvolti nei movimenti e nell'apprendimento.

• Il sistema limbico

Si tratta di un sistema sottocorticale, posizionato alla base dei due emisferi e sotto il *corpo calloso*. È la regione cerebrale interessata dalle emozioni, che cura i bisogni primari come la sete, il mangiare, il sesso e la socialità (**Figura 6.4**).

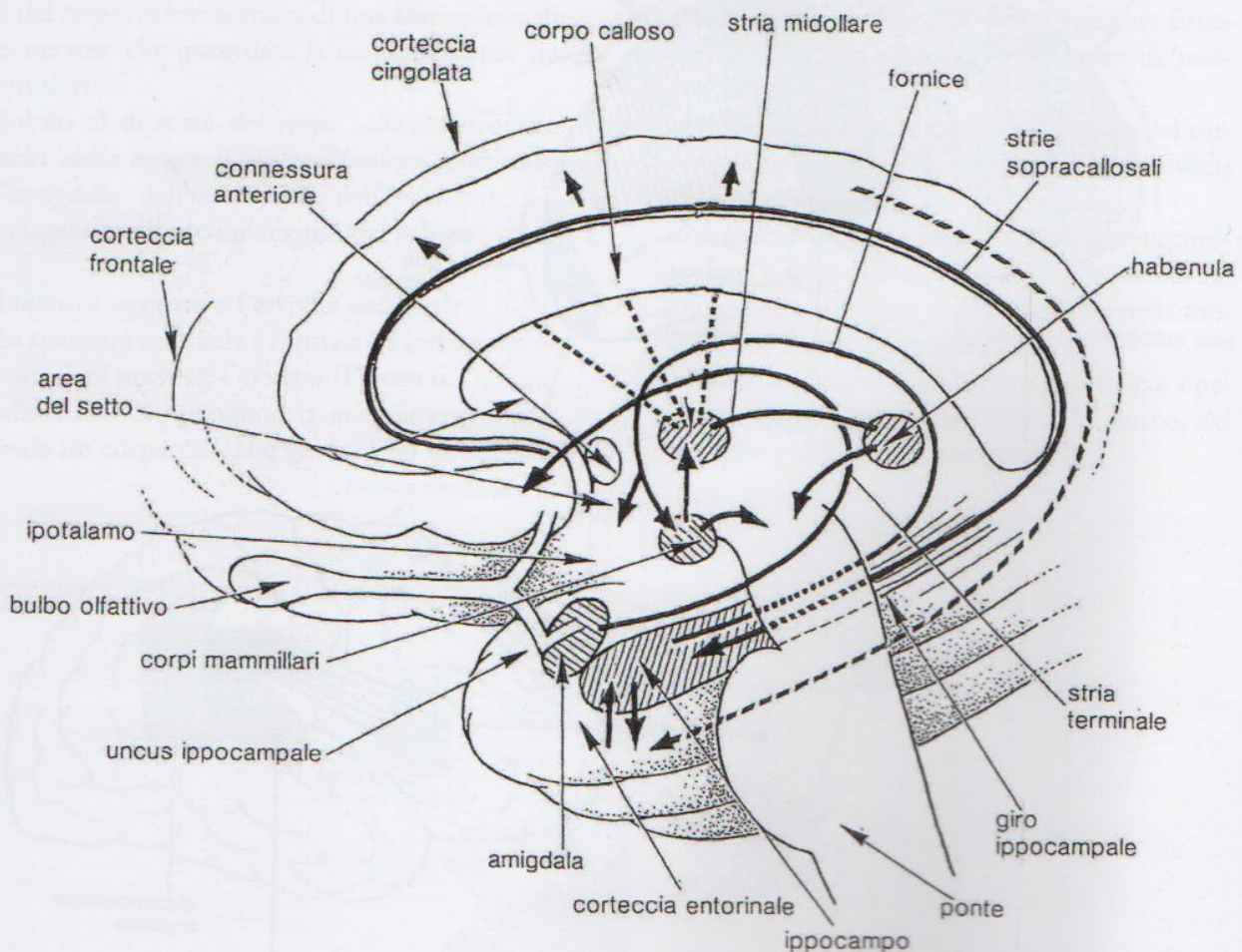



Figura 6.4 - Il sistema limbico.

Si tratta, quindi, di un complesso di strutture, ognuna delle quali ha funzioni precise nei comportamenti istintivi e nei ritmi biologici. Ecco, di seguito, gli aspetti interessati dalle singole parti:

- *amigdala*: è legata alla soddisfazione e ai meccanismi dell'ansia, della paura ma anche della rabbia;
- *ipotalamo*: è coinvolto nella regolazione della fame, della sete, del sonno, della veglia, della temperatura corporea e del desiderio sessuale;
- *ippocampo*: interessa la memoria, la concentrazione e l'apprendimento, inoltre si occupa anche dell'orientamento;
- *giro cingolato*: svolge un ruolo nella comunicazione interna tra le varie strutture.

• Il cervelletto

È situato alla base dell'encefalo, nella zone posteriore della scatola cranica. Dopo la nascita continua a svilupparsi rapidamente, sino a raggiungere un volume pari all'11% di tutto l'encefalo (**Figura 6.5**).

Non si conoscono i processi attraverso i quali memorizza i programmi motori come 'memorie di lavoro', cui ricorre fulmineamente nel verificare la corretta procedura dei movimenti.

All'azione del *cervelletto* sono legati l'equilibrio e il coordinamento motorio. Poiché è interessato all'organizzazione dei gesti, anche quelli 'fini', ha una parte nell'apprendimento del linguaggio. La sua capacità elaborativa è stata individuata in 1/10 di secondo.

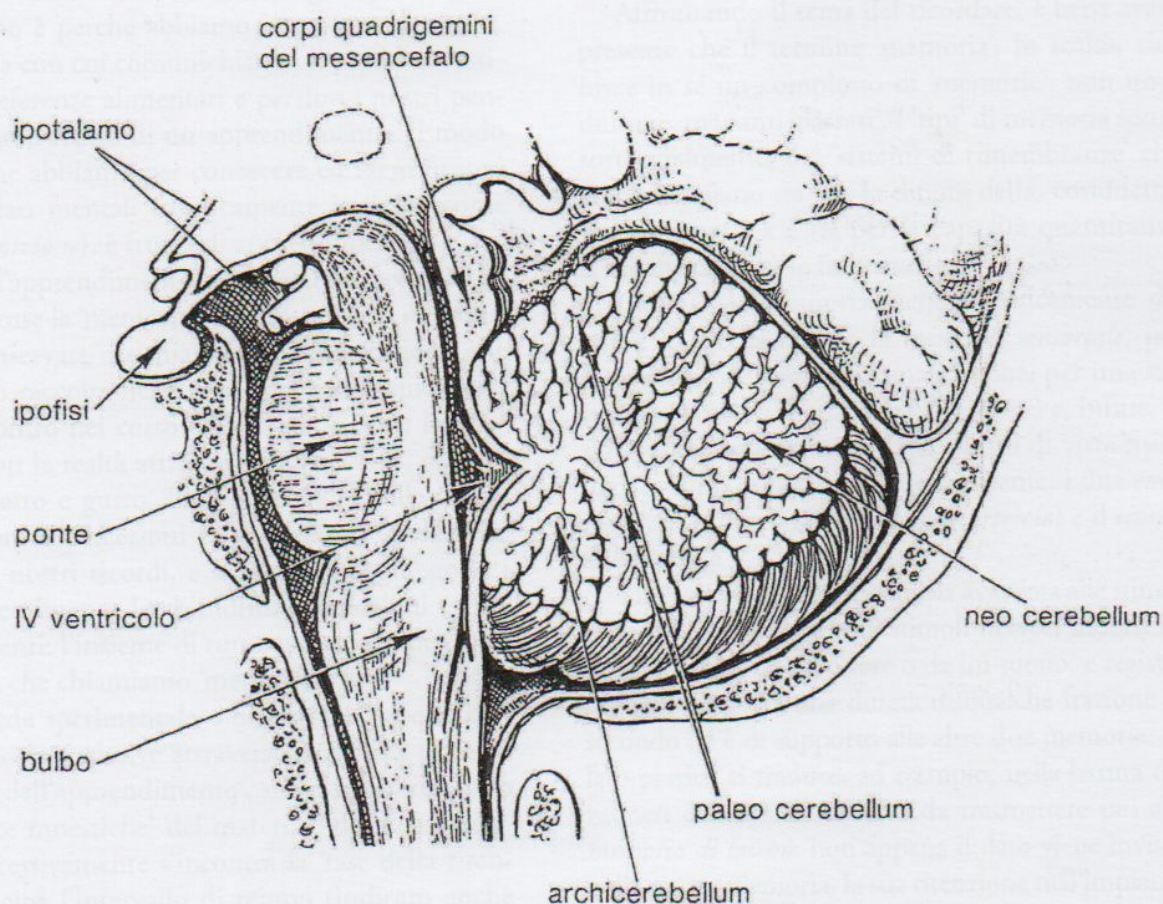



Figura 6.5 - Il *cervelletto*.

7 LE ABILITÀ COGNITIVE

La memoria

La dimensione umana è, prevalentemente, un prodotto culturale, vale a dire che gran parte di ciò che siamo è perché abbiamo imparato ad esserlo. La lingua con cui comunichiamo, il modo di vestire, le preferenze alimentari e persino i nostri pensieri sono il frutto di un apprendimento. Il modo stesso che abbiamo per conoscere ed identificare i nostri stati mentali (tecnicamente indicato come *metacognizione*), è frutto di apprendimento.

Ma l'apprendimento non sarebbe possibile se non vi fosse la 'memoria', cioè 'la capacità di acquisire, conservare e richiamare le informazioni' che vengono raccolte nelle varie esperienze cui andiamo incontro nel corso della vita. Si entra in relazione con la realtà attraverso i sensi: vista, olfatto, udito, tatto e gusto. La registrazione delle nostre sensazioni e percezioni è, in sostanza, quella che forma i nostri ricordi, e a questa si aggiungono i nostri sentimenti, le abitudini, le emozioni e i ragionamenti: l'insieme di tutte queste reminescenze è quella che chiamiamo 'memoria'.

In sede sperimentale e di ricerca, l'azione della memoria si risolve attraverso 3 fasi. La prima è la 'fase dell'apprendimento', dove si costruiscono le 'tracce mnestiche' del materiale da memorizzare. Successivamente s'incontra la 'fase della ritenzione', cioè l'intervallo di tempo (indicato anche come 'intervallo di ritenzione') che si interpone tra la formazione delle tracce mnestiche e la loro dissolvenza, in senso quantitativo (detta 'oblio') o in quello qualitativo. Il terzo passo, invece, viene detto 'fase della riproduzione', ed è l'attività nella quale i ricordi vengono rintracciati ed utilizzati.

• *I 'tipi' di memoria*

Affrontando il tema del ricordare, è bene avere presente che il termine 'memoria', in realtà, riunisce in sé un complesso di 'memorie': non uno, dunque, ma tanti 'passati'. I 'tipi' di memoria sono, sostanzialmente, dei 'sistemi di rimembranze' che si differenziano sia per la durata della, cosiddetta, traccia mnestica e sia per la capacità quantitativa d'immagazzinare le informazioni.

Quindi, la memoria viene sinteticamente distinta in tre 'famiglie': la *memoria sensoriale*, poi la *memoria di lavoro* (chiamata anche, per una sua componente, *memoria a breve termine*) e, infine, la *memoria a lungo termine*. Dal punto di vista fisiologico, sono implicati, particolarmente, i due *emisferi cerebrali* (soprattutto la *neocorteccia*) e il *tronco dell'encefalo.*

La *memoria sensoriale* è quella associata alle stimolazioni dei sensi, cioè agli stimoli nervosi indotti da un'immagine, da un odore o da un suono, e registra le sensazioni. Ha una durata di qualche frazione di secondo ed è di supporto alle altre due memorie. Al lato pratico si traduce, ad esempio, nella lettura dei numeri di targa di un'auto da trasmettere poi alla *memoria di lavoro*: non appena il dato viene inviato nella nuova memoria, la sua ritenzione nell'impianto nervoso sensoriale svanisce immediatamente, rendendo liberi i recettori ad altre informazioni.

La *memoria di lavoro* si caratterizza soprattutto per l'aspetto temporale: la sua funzione è di

mantenere il ricordo solo per il tempo necessario all'utilizzo dello stesso, come nel caso di un numero di cellulare o del nome di una via per fare una telefonata o per scrivere un indirizzo. Si distingue in *memoria immediata* (che spazia tra alcuni millesecondi e pochi secondi) e in *memoria a breve termine* (in genere superiore ai 3-4 secondi e inferiore al minuto).

Ha anche la particolarità di avere un limite nella quantità di materiale che può mantenere contemporaneamente, mediamente individuata in 7 ± 2 elementi (detti "span -spanne- di memoria") secondo la legge di Miller. Questo vuol dire che si possono ricordare, in base a variabili individuali, "blocchi" di informazioni composte da 5 a 9 dati. Tuttavia, tale tetto può essere aggirato raggruppando le informazioni, sempre per un complesso massimo di 7, e ampliando così la capacità di memoria: ad esempio, se si tratta di numeri, si possono formare delle coppie per cui si rievocano ben 14 unità (tipo, 26-88-42-69-54-61-93). Vi è da aggiungere che la *memoria di lavoro* risente significativamente di eventuali interferenze: se viene disturbata o distratta perde molto delle sua capacità.

La *memoria a lungo termine*, come si può comprendere dalla sua stessa definizione, è quella che trattiene i ricordi più a lungo, al punto che possono risalire addirittura all'infanzia. È grazie a questa memoria se vi è la possibilità di tornare a casa avendo in mente il percorso da seguire, e la successione dei punti di riferimento per la verifica della correttezza dello stesso. Ed è sempre per mezzo delle sue capacità se si può rievocare una canzone anche a distanza di molti anni.

È, poi, evidente la sua rilevanza per le espressioni psichiche, come nel produrre un'identità, sia individuale che collettiva, o nel tracciare il profilo di una personalità. Il suo funzionamento non è ancora ben chiaro, ma sembra che operi sugli stimoli organizzandoli. La disorganizzazione delle informazioni immagazzinate nella *memoria a lungo termine* avviene se vi è una alterazione emotiva: ad esempio, uno stato d'ansia è in grado di disconnettere le associazioni di dati e rendere, in tal modo, inadeguata la capacità di decodifica e il recupero dei ricordi.

Tutte 'queste memorie' sembrano basarsi su sistemi di funzionamento diversi. Nello specifico: la *memoria sensoriale* e la *memoria di lavoro* (o *a breve termine*) hanno un procedimento che richiede delle trasformazioni bio-elettriche lungo il percorso neuronale, mentre la *memoria a lungo termine* opera attraverso cambiamenti biochimici e strutturali (neurotrasmettitori e nuove terminazioni sinaptiche).

Anche la perdita delle informazioni segue modalità particolari. Nella *memoria sensoriale* l'oblio è dovuto a una forma di decadimento autonomo (erosione), nella *memoria di lavoro* sono le nuove informazioni che si sostituiscono a quelle precedenti a causare la dimenticanza, invece nella *memoria a lungo termine* è l'interferenza tra gli stessi ricordi il principale motivo del venire meno della nitidezza mnemonica.

C'è anche da aggiungere che si possono riconoscere, all'interno delle tre grandi strutture fondamentali, particolari forme di memoria. Ad esempio, nell'ambito della *memoria di lavoro* vi è una *memoria motoria*, che consiste nella capacità di conservare nel tempo l'esperienza di movimenti coordinati, come, ad esempio, saper pattinare, guidare l'auto o, più semplicemente, camminare. È, quindi, per merito della *memoria motoria* se si riesce ad andare nuovamente, e in poco tempo, in bicicletta dopo che non la si praticava più da anni.

Anche la *memoria di stato*, inserita sempre nella *memoria a lungo termine*, ha grande rilievo nella vita delle persone: si tratta di ricordi associati ad uno stato emotivo, che vengono 'riattivati' allorché si sperimenta di nuovo quella particolare emozione. A proposito di questo, è esperienza diffusa che quando ci si arrabbia con qualcuno ritornano alla mente anche tutti i momenti di conflitto che si sono avuti con quella stessa persona.

Per quando riguarda il linguaggio, le frasi non vengono solamente percepite ma sono anche riconosciute, ripetute e ricordate. La *memoria verbale* di una frase tende a scomparire per il trascorrere del tempo e per la complessità dell'espressione registrata; poi, per un po', rimane la 'memoria sintattica' (vale a dire la capacità di ripetere una frase mantenendone la costruzio-

ne logica pur cambiando le parole). Tuttavia, col crescere dell'intervallo di tempo tra la presentazione del materiale e il ricordo, riesce ad emergere soltanto la memoria delle idee (cioè, il contenuto concettuale della frase).

• *Aree cerebrali e memoria*

Gli orientamenti attuali sono favorevoli a ritenere che vi siano differenti processi di memoria, ma tutti in relazione tra loro. La memoria, che si tratti di un concetto oppure di un'immagine, non risiede all'interno di un solo specifico neurone, ma piuttosto si trova 'localizzata' in un insieme di terminazioni nervose. Questa costruzione neurale è indicata come *cell-ansembly*: cioè, nel cervello si forma, sotto la spinta degli stimoli, un raggruppamento di cellule (*cell*) che lavorano in associazione (*ansembly*).

La *cell-ansembly* è, in pratica, la rappresentazione nervosa di un dato comportamento e di un certo pensiero: le cellule di questo gruppo presentano la caratteristica di avere un rapporto privilegiato tra loro, per cui se si attiva una parte della *cell-ansembly* si eccita anche tutto il complesso.

Si è già visto come il cervello sia distinto in varie zone, e come ciascuna di queste possieda una specifica funzione (**Figura 7.1**): la *zona occipitale* è un'area visiva, il *lobo temporale* è legato all'udito, il *lobo parietale* è attivo per le sensazioni somatiche, la *parte interna* del *lobo temporale* serve al senso dell'olfatto, la superficie *prefrontale* è deputata alla gestione motoria mentre il *lobo frontale* è la regione "dell'analisi delle idee".

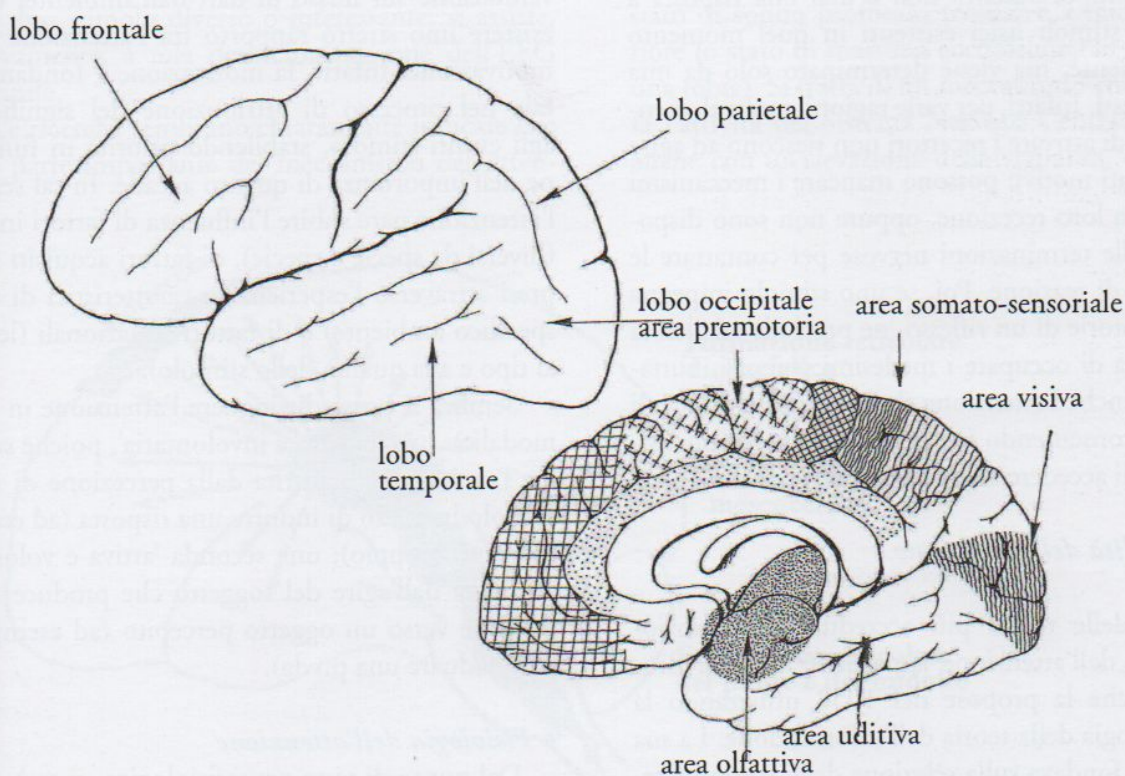



Figura 7.1 - La suddivisione cerebrale in *lobi* e in *aree*.

Pertanto, le formazioni nervose associate alla memoria e composte in *cell-ansembly* sono varie e localizzate in aree cerebrali diverse:
- *lobi cerebrali*: zone recettive degli stimoli sensoriali e parti integranti della memoria;
- *ippocampo*: struttura nervosa fortemente coinvolta nel recupero dei ricordi;
- *nuclei talamici* e *corpi mamillari*: associati alla capacità di ritenere le informazioni;
- *acido ribonucleico (RNA)*: dai risultati di alcuni esperimenti sembra partecipare ai processi della memoria.

L'attenzione

L'attenzione è un processo cognitivo che permette l'emissione di un comportamento basandosi sulla selezione delle informazioni, ed è "*presente sin dalla nascita, si perfeziona nei suoi modi di manifestarsi insieme al progredire dello sviluppo percettivo e cognitivo* (Canestrari, 1984)".

Un comportamento non è mai una risposta a tutti gli stimoli fisici esistenti in quel momento nell'ambiente, ma viene determinato solo da una parte di essi. Infatti, per varie ragioni, molti elementi capaci di attivare i recettori non riescono ad agire per svariati motivi: possono mancare i meccanismi adatti alla loro recezione, oppure non sono disponibili delle terminazioni nervose per contattare le strutture di reazione. Poi, se uno stimolo impegna le vie motorie di un riflesso, ne preclude ad altri la possibilità di occupare i medesimi percorsi. Tuttavia, vi è anche l'attenzione che seleziona e valuta gli stimoli, consentendo solo ad alcuni di essere considerati e di accedere ai procedimenti decisionali.

• *Modalità dell'attenzione*

Una delle teorie più accreditate sul funzionamento dell'attenzione appartiene a D. E. Broadbent, che la propose nel 1958 utilizzando la terminologia della teoria dell'informazione. La sua ipotesi si fondava sulla selezione degli stimoli ("teoria del filtro"): «*L'attenzione ha la funzione di una porta attraverso la quale passare alcune informazioni, ed altre no.*».

L'attenzione compie una selezione tra gli stimoli sensoriali basando la sua azione sulla legge del 'tutto o niente', consentendo alle informazioni di utilizzare un solo canale e, contemporaneamente, chiudendo tutti gli altri. Si tratta di un procedimento cognitivo che richiede delle rinunce, ma in cambio permette la rapida valutazione di ciò che è rilevante proprio ignorando alcuni aspetti del contesto, giudicati secondari.

Pertanto, l'attenzione è un insieme di processi mentali che consentono la presa di coscienza della realtà circostante selezionando gli stimoli, permettendo al soggetto di orientarsi e di eseguire anche più compiti contemporaneamente. Ma è anche influenzata dalle caratteristiche degli stimoli (quale canale sensoriale usano, quanto sono intensi e con quale frequenza si presentano), dagli stati emotivi (ansia o depressione danno reattività diverse agli eventi) e dalle motivazioni (avere uno scopo intensifica la soglia di attenzione).

È evidente che, per compiere questo tipo di valutazione sul flusso di dati dall'ambiente, deve esistere uno stretto rapporto tra l'attenzione e la motivazione. Infatti, la motivazione è fondamentale nel processo di attribuzione del significato agli eventi-stimolo, stabilendo priorità in funzione dell'importanza di quanto accade. In tal senso, l'attenzione pare subire l'influenza di fattori innati (diversi da specie a specie), di fattori acquisiti (appresi attraverso l'esperienza e caratteristici di uno specifico ambiente) e di fattori situazionali (legati al tipo e alla qualità dello stimolo).

Sembra si possa distinguere l'attenzione in due modalità: una 'passiva e involontaria', poiché subisce l'eccitazione scaturita dalla percezione di uno stimolo in grado di indurre una risposta (ad esempio, uno scoppio); una seconda 'attiva e volontaria', data dall'agire del soggetto che produce una reazione verso un oggetto percepito (ad esempio, l'individuare una preda).

• *Fisiologia dell'attenzione*

Dal punto di vista neurofisiologico, si può dire che l'attenzione è "*un'attivazione generale della corteccia cerebrale concentrata però specificatamente su uno stimolo particolare*, (Benedetti, 1969)". A

questo punto c'è la necessità, allora, di individuare quale struttura nervosa viene impegnata nel processo che sceglie lo stimolo predominante.

È stata fatta l'ipotesi che fosse interessata l'organizzazione percettiva, poiché viene preso in considerazione quello che si vede, che si sente e, comunque, quello che i sensi sono in grado di cogliere. Tuttavia, è un'idea che non regge ad un'analisi un po' più attenta: ad esempio, sentirci chiamare per nome può attirare la nostra attenzione anche se eravamo coinvolti in altre attività,

Dunque, appare evidente che l'analisi degli stimoli deve avvenire su un piano più alto della pura attività sensoriale. Nel processo di attenzione sono coinvolti diversi meccanismi, ma il livello più importante di elaborazione degli stimoli pare collocarsi nel transito dai sistemi di analisi all'attivazione delle strutture motorie e della memoria. Inoltre, c'è da chiedersi quale meccanismo vi sia alla base dell'assuefazione, per cui a seguito di diverse emissioni di uno stesso stimolo l'attenzione si affievolisce sino a cessare anche del tutto, ma, di fronte a uno stimolo diverso o interessante, si assiste, nuovamente, a una desincronizzazione dell'EEG corticale.

Le ricerche sembrano chiaramente indicare che una parte importante del meccanismo dell'attenzione si trovi nel mesencefalo. A cavallo degli anni '50 e '60 del XX secolo venne scoperto il processo fisiologico dell'attivazione, detto '*arousal*', localizzato anatomicamente nella zona che va dal *bulbo* al *talamo*. J. M. Fuster, nel 1961, riuscì a provare che la *formazione reticolare* era in grado di facilitare l'attività di alcuni neuroni corticali e, contestualmente, di inibirne altri (**Figura 7.2**).

La funzione primaria di questa formazione nervosa è d'inviare alla corteccia cerebrale degli impulsi che servono a generare uno "stato d'allerta", o ad incrementarlo ulteriormente se già presente inducendo una situazione di 'iper-stimolazione'. Quand'è scarsamente stimolata (ad esempio, durante il sonno), la *formazione reticolare* invia alla corteccia una quantità minima di impulsi nervosi col risultato che lo stato d'allerta è estremamente basso.

Quindi, la *formazione reticolare* è la formazione nervosa alla base dell'*arousal*, che è un processo neurofisiologico la cui intensità può variare lungo un 'continuum', che all'estremità inferiore ha lo stato di sonno profondo (coma) e a quella superiore lo stato di massima eccitazione (ad esempio, una fobia). Si tratta di un meccanismo che aumenta l'attività del Sistema Nervoso Centrale, spesso anche con un'elevazione della vigilanza, desincro-

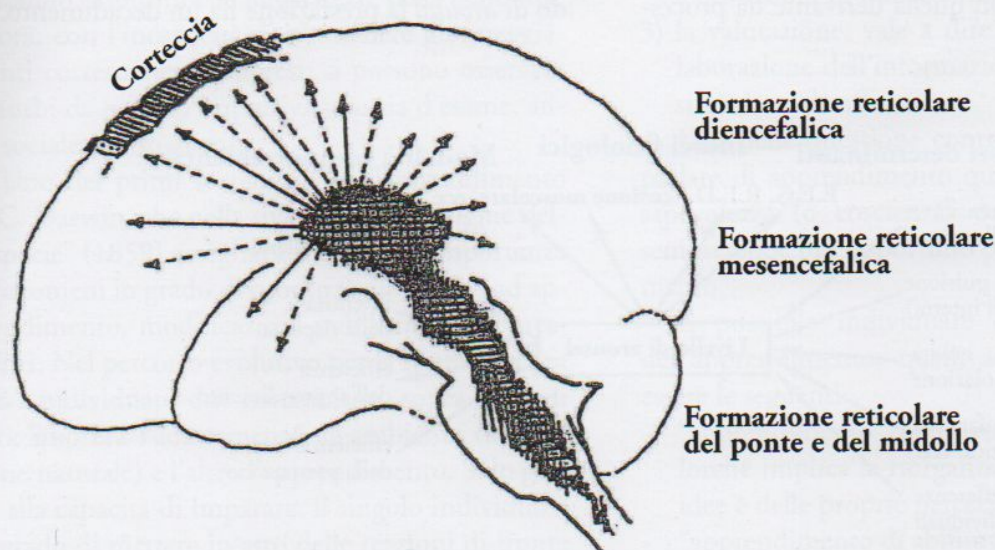



Figura 7.2 -Posizione della *formazione reticolare* e delle sue parti relativamente al cervello.

nizzazone dei ritmi elettroencefalografici e reazioni psicofisiologiche (sudorazione, tachicardia, tensione allo stomaco, ecc.).

La distribuzione del livello di *arousal* sembra essere soggettiva e innata: vi sono persone cui sono necessari pochi stimoli per avere già un'elevata attivazione (ad esempio, tipicamente gli "introversi" iniziano la giornata con un alto livello di *arousal*, poi man mano che passa il tempo aumentano lo stato di tensione perché sovra-stimolati, avvertendo a fine giornata molta stanchezza), e vi sono altri individui ai quali serve, invece, molta stimolazione per innalzare il loro *arousal* di base (è proprio degli "estroversi", infatti, avere un *arousal* "lento" a inizio della giornata, per aumentarlo via via che gli stimoli si accrescono e arrivare alla sera molto attivi e con ancora la voglia di fare).

È stato proposto da Gray (1964) un modello del processo di *arousal* nel quale vengono presentate alcune situazioni-stimolo che incidono sul livello dello stesso, dei comportamenti che sono influenzati dalle variazioni del suo grado e gli indicatori fisiologici solitamente utilizzati per misurarlo.

L'apprendimento

L'apprendimento si definisce come "la modificazione del comportamento attraverso l'esperienza e/o la pratica, ma non quella derivante da processi biologici di maturazione o da interventi di tipo fisico-chimico sul sistema nervoso".

Lo studio dell'apprendimento non è cosa semplice, dato che è impossibile osservarlo direttamente: si può inferirlo solo dall'esame degli atteggiamenti che vengono assunti successivamente all'esposizione ad un evento. Si tratta di un'attività mentale strettamente connessa con la memoria e con l'attenzione, che per la psicologia sperimentale si distingue in 3 momenti: 1 - presentazione del materiale da apprendere (in questa fase si formano le tracce mnestiche relative agli elementi mostrati): 2 - "l'intervallo di ritenzione", cioè l'intermezzo di tempo tra il momento di acquisizione e quello di elaborazione, in senso qualitativo e quantitativo, del materiale; 3 - recupero delle tracce mnestiche di quanto acquisito per poter riprodurre l'oggetto-stimolo che è stato mostrato nella fase di apprendimento.

Da quanto sopra, ne deriva che l'apprendimento è un processo che precede quello della memoria. Ma se l'attenzione non viene focalizzata su una situazione-stimolo, questa non può venire percepita e ritenuta. Perciò, anche l'apprendimento è largamente dipendente dal livello di *arousal*, cioè dall'attivazione: ritenzione, apprendimento e *arousal* sono in stretto rapporto. Esiste un livello ottimale di attivazione nel quale si realizza il migliore apprendimento, al di sopra o al di sotto di tale grado di *arousal* la prestazione ha un decadimento.

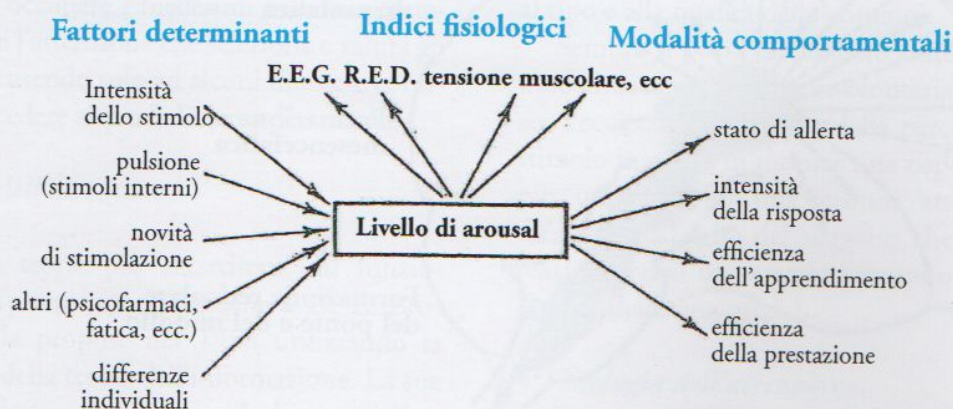



Figura 7.3 - Modello dell'*arousal* secondo Gray.

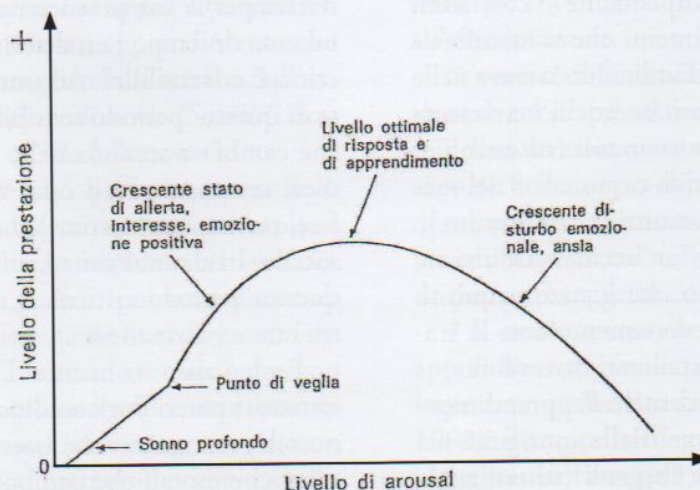



Figura 7.4 - Relazione a U rovesciata tra il livello di *arusal* e comportamento.

Perciò, il livello di *arousal* non è direttamente proporzionale all'apprendimento (a un dato grado di attivazione corrisponde un pari grado di apprendimento): giunto a uno stadio ideale, l'ulteriore aumento dell'attivazione cerebrale provoca, per così dire, una sorta di "ingorgo" mentale, a cui corrisponde una minore capacità d'imparare (**Figura 7.4**). Questo disordine ricorda molto la condizione di attivazione mentale che si ritrova quando vengono innescate emozioni intense, per cui lo stato emotivo assume il controllo del comportamento causando disordini e inadeguatezze della condotta. Allora, con l'incapacità di mantenere gli atteggiamenti correttamente appresi, si possono osservare disturbi da panico, impulsività, ansia d'esame, ansia sociale e altro ancora.

Uno dei primi sostenitori dell'apprendimento fu C. Darwin, che nella sua opera "sull'origine delle specie" (1859) assegnava un'estrema importanza ai fenomeni in grado di produrre, in seguito ad apprendimento, modificazioni stabili nei comportamenti. Nel percorso evolutivo per la sopravvivenza aveva individuato due meccanismi, sopra tutti gli altri: uno era l'adattamento all'ambiente (la selezione naturale) e l'altro l'apprendimento. Solo grazie alla capacità di imparare, il singolo individuo è in grado di mettere in atto delle reazioni di fronte alle innumerevoli e mutevoli richieste dell'habitat.

Si parla di apprendimento come di un processo attivo, soprattutto nell'ottica cognitivista: studiosi dell'organizzazione del pensiero, come Bruner o Piaget, hanno dedicato molto tempo e spazio a questo tema. Per Piaget, l'apprendimento si svolge attraverso i due fenomeni dell'"assimilazione" (cioè, l'integrazione di nuove informazioni con quelle precedenti) e dell'"accomodamento" (vale a dire, la modifica delle precedenti conoscenze). Secondo Bruner (1968), invece, s'incontrano tre aspetti nell'apprendimento:

1) l'acquisizione di nuove informazioni;
2) la loro trasformazione, ossia il processo di elaborazione delle conoscenze per renderle adatte e utilizzabili in nuove situazioni;
3) la valutazione, vale a dire il controllo che l'elaborazione dell'informazione sia adeguato alla situazione da affrontare.

Una delle questione controverse è "se si possa parlare di apprendimento quando manca la consapevolezza (o coscienza) del soggetto, laddove sembrerebbe più opportuno parlare di condizionamento".

È possibile individuare diverse sfaccettature dell'apprendimento, quali, ad esempio, possono essere le seguenti:

- "apprendimento cognitivo", così chiamato allorché implica la riorganizzazione delle proprie idee e delle proprie percezioni;
- "apprendimento di abilità motorie", ad indicare un'azione che comporta la capacità di coordinamento dei sistemi muscolari traducendoli in programmi di risposta integrata;

- "apprendimento stato-dipendente", così sono definiti quegli apprendimenti che si manifestano unicamente quando l'individuo si trova nelle stesse condizioni psicofisiche in cui è avvenuta l'acquisizione dei comportamenti (ad esempio, negli identici stati emotivi, ormonali o nel medesimo stato dato dall'assunzione di sostanze);
- "apprendimento latente" o "accidentale", viene denominato quando ciò che è stato acquisito non si manifesta immediatamente con la trasformazione dei comportamenti osservabili.

Per la Psicologia Sperimentale l'apprendimento è determinato dalla "legge" della contiguità nel tempo, e l'associazione tra i segnali (stimoli) e le reazioni (risposte) viene detta "condizionamento".

• *Apprendimento da "imprinting"*

Può essere tradotto come "l'attimo che si imprime (nella mente)": si tratta della prima forma di apprendimento che è possibile osservare, e la cui scoperta fu quasi casuale. Il termine fu utilizzato per la prima volta, nel 1935, dall'etologo austriaco Konrad Z. Lorenz (1903-1989), per spiegare il fenomeno per cui degli animali seguivano, come fosse la madre, qualunque cosa capace di movimento autonomo apparisse davanti a loro al momento della nascita, anche se si trattava di un animale appartenente ad un'altra specie o, addirittura, di un oggetto.

Nel corso di un esperimento, Lorenz aveva posto delle uova di oca selvatica in un'incubatrice artificiale. Il primo uovo si schiuse alla presenza dello studioso, che seguiva le varie fasi della prova, e il piccolo iniziò a emettere i gridi di presa di contatto, propri dell'oca, verso Lorenz. Quando il pulcino venne affidato a un'oca domestica manifestò sconforto e cominciò a cercare lo scienziato e a seguirlo ovunque. L'esperienza venne ripetuta con gli altri piccoli, e sempre con i medesimi risultati: Lorenz era diventato la "madre adottiva".

Circa gli stimoli che si trovano alla base dell'*imprinting* (uditivi, visivi, olfattivi e via dicendo), i risultati delle ricerche fanno pensare che possano essere specifici per ogni specie, anche se si è potuto osservare che alcuni sono comuni a tutte le specie: ad esempio, il movimento dell'oggetto-stimolo.

L'*imprinting* è un processo di apprendimento innato che, variando da specie a specie, si caratterizza per la sua precocità e si verifica soltanto in un arco di tempo ben determinato, detto "periodo critico" o "sensibile". Ad esempio, nel cane la durata di questo "periodo sensibile" per i legami sociali, che cambia a seconda della razza, va dalle tre alle dieci settimane. Se il cane viene isolato in questa fase, risulterà compromesso il suo comportamento sociale. In alcuni Primati, ad esempio nei macachi, questo "periodo critico" si distende in un tempo tra i tre e i nove mesi.

Per quanto concerne l'*imprinting* nell'essere umano, i pareri degli studiosi sono controversi e le ricerche sono pressoché assenti, anche per i problemi etici e morali che comportano. Si sa che prima dei 2-3 mesi di vita il bambino non differenzia sé dagli altri, tuttavia già in questo periodo è capace di un comportamento tipico di fronte a un volto in movimento presente nel suo campo visivo (ad es., il sorriso).

Un qualche aiuto può arrivare da studi relativi alla privazione delle cure materne, come quelli condotti dallo psicoanalista René Spitz. In queste ricerche vennero presi in esame i bambini ospitati, fin dalla nascita, in orfanotrofio (1960): lo scopo era di valutare lo sviluppo psicofisico in assenza di un ambiente familiare, con la mancanza di uno scambio affettivo e sentimentale (carezze, calore emotivo, ecc.) ma col pieno soddisfacimento dei bisogni fisiologici (cibo, igiene, ambiente confortevole, ecc.). Furono osservati piagnucolii, stati di apatia, disturbi della motricità e ritardi dello sviluppo sia fisico (camminare) che psichico (linguaggio): i bambini avevano molti problemi di salute e un tasso di mortalità sino al 40%. Spitz indicò questo quadro clinico come *depressione anaclitica*, e considerò la figura materna come un vero e proprio "organizzatore" della crescita psicologica.

• Apprendimento da "condizionamento" ***(Classico, Operante)*** **e "Sociale"**

Il condizionamento è un processo di apprendimento involontario, riproducibile anche sperimentalmente, in cui un dato stimolo provoca una risposta diversa da quella naturale (*condizionamento "Classico"* o "*Pavloviano*"), oppure porta a prevalere un comportamento su tutti gli altri a causa delle

sue conseguenze (*condizionamento "Operante"* o *"Strumentale"*). Vi è anche un apprendimento che si realizza attraverso atteggiamenti traslati dall'osservazione degli altri (*apprendimento "Sociale"*, detto anche *"Osservativo"* o *"Modellamento"*).

I condizionamenti sono presenze costanti in quasi tutti i momenti della vita, si pensi semplicemente alla lettura: abbiamo imparato ad associare un suono a un segno grafico, poi un insieme di segni compone una frase e tante frasi diventano informazioni o concetti. È così "normale" che non ci facciamo caso, ma un segno non è un suono: ce ne rendiamo conto quando ci viene presentato un alfabeto sconosciuto (ad esempio, cinese o cirillico). Allora davanti ai disegni della scrittura scende il silenzio, perché la grafia torna ad essere un segno e nient'altro.

* Il *condizionamento "Classico"* è un apprendimento S-R (Stimolo-Risposta) che interessa i fattori fisiologici, quali la frequenza cardiaca, la salivazione, la sudorazione, la dilatazione pupillare e via di seguito. Mangiare un arrosto fa salivare e una luce sugli occhi fa restringere le pupille: un suono o un odore, come tali, risultano insignificanti per la salivazione o la reazione oculare, ma possono perdere questa loro neutralità e divenirne causa. Il condizionamento classico è un processo in cui uno stimolo -S-, coerente con la risposta naturale -R-, viene sostituito da uno stimolo neutro, che diventa così uno 'stimolo condizionato' -SC- e acquista la capacità di elicitare (cioè, 'causare obbligatoriamente') la medesima risposta fisiologica dello stimolo naturale, che perciò diventa una 'risposta condizionata' -RC. Quindi, l'innesto dello stimolo neutro avviene associando lo S (cibo) allo SC (suono).

La scoperta di questo tipo di condizionamento spetta al fisiologo russo Ivan Petrovitch Pavlov (1849-1936). Infatti, osservando la secrezione salivare di alcuni cani aveva notato come questa aumentasse anche in presenza di elementi olfattivi, visivi e persino acustici. Ad un esame più rigoroso constatò che non tutti i suoni inducevano un aumento della salivazione, ma questo avveniva in relazione al rumore dei passi del custode che portava da mangiare: il suono, di per sé, non aveva alcuna relazione col nutrirsi, ma la assumeva se associato all'alimentazione.

Si verificò il fenomeno con altri suoni: le vibrazioni di un diapason non causavano un incremento della salivazione, ma se affiancate ripetutamente al pasto finivano per elicitare anch'esse una risposta di salivazione. Come si vede, è un modello di apprendimento in cui non vi è nessun atto volontario da parte del soggetto condizionato.

* Il *condizionamento "Operante"* è una forma di apprendimento studiata, soprattutto, dallo psicologo statunitense Burrhus Frederic Skinner (1904-1990): il comportamento viene guidato dalle conseguenze, in forma di ricompensa o di punizione (detti, rispettivamente, "rinforzi positivi" o "rinforzi negativi"), che produce.

Skinner non ne è stato lo scopritore, poiché l'uso di premi o di castighi è normalmente presente nelle organizzazioni umane (e anche animali), ma è stato il ricercatore che ha esaminato sistematicamente, con prove sperimentali, questo tipo di apprendimento. Il *condizionamento "Operante"* può essere sintetizzato nello schema S-R-Sr: uno stimolo -S- porta ad emettere una risposta -R-, detta 'operante', che produce un risultato indicato come stimolo rinforzante -Sr-, il quale determinerà la frequenza della risposta -R-, incrementandola o diminuendola a seconda se risulterà gratificante o deludente. Se i rinforzi vengono sospesi, si assiste alla progressiva *estinzione* del comportamento in oggetto.

Le ricerche di Skinner erano iniziate per spiegare "*l'apprendimento per prove ed errori*", una modalità in cui si può osservare come vengano mantenute, tra le diverse azioni prodotte, solo quelle attività che sono ripagate da una qualche soddisfazione.

Immaginiamo, banalmente, una qualsiasi attività (un lavoro, corteggiare una persona o guidare l'auto), ma il comportamento messo in atto potrà sempre essere suddiviso, come gli anelli di una catena, in tanti moduli "*Operanti*". Ad esempio, si regalano dei fiori ("S") per il compleanno a una persona, questa li accetta ("R") e ricambia l'omaggio con un abbraccio ("Sr+"): il risultato finale incoraggerà a omaggi floreali anche in futuro. Se, invece, avesse reagito al dono lamentando che i

fiori poi appassiscono ("Sr-"), molto difficilmente ne riceverà nei prossimi compleanni. Ma se, presi i fiori, avesse rinchiuso la porta in faccia, sicuramente non riceverebbe più nessun regalo, che siano fiori o altro ("estinzione della R").

Anche questo apprendimento segue la legge della "contiguità", ed è evidente come in questo paradigma il rinforzo agisca su una reazione del soggetto e non sullo stimolo, a differenza del *condizionamento "Classico"*. Inoltre, l'azione di risposta implica una partecipazione attiva: per questo nel *condizionamento "Operante"* si dice che viene "*emesso*" un comportamento di risposta e non, come nel *condizionamento "Classico"*, che è "*elicitata*" una risposta.

* L'*apprendimento "Sociale"* ha la sua peculiarità principale nel fatto che non richiede, come avviene invece per i due condizionamenti precedenti, l'esperienza diretta del soggetto con ciò che viene imparato. La sua realizzazione si fonda sulla possibilità di osservare il comportamento da acquisire quando questo viene messo in atto da un altro soggetto, che funge così da modello: da qui è chiamato anche "*Osservativo*" o "*Modellamento*".

Il maggiore teorico di questo paradigma è lo statunitense Albert Bandura, che per tale apprendimento attribuisce un ruolo fondamentale ai processi cognitivi, vale a dire a pensieri e convinzioni. È, forse, la modalità più diffusa attraverso cui si modificano i comportamenti: basti pensare a come si impara a parlare, a fare determinati gesti o ad esprimere le emozioni.

L'apprendimento per imitazione è estremamente presente nei bambini, che copiano dai fratelli maggiori, dagli altri coetanei, ma anche da figure adulte, e ciò è importante per la loro socializzazione e formazione morale. Anche lo studio scolastico, ad esempio, è una modalità di apprendimento che rientra, per la maggior parte, nel paradigma del *Modellamento*: si imparano delle nozioni che sono in grado di cambiare le relazioni con gli altri e con l'ambiente, ma non a seguito di vicende personali bensì di esperienze altrui.

Nel corso di un esperimento, Bandura presentò a tre gruppi di bambini tre modelli di comportamento aggressivo, in cui venivano colpiti e presi a calci delle bambole e altri giocattoli (a un quarto gruppo non venne fatta vedere nessuna rappresentazione):

1 nel primo caso il modello violento veniva ricompensato;
2 nella seconda situazione il modello riceveva una punizione;
3 nel terzo esempio, al comportamento aggressivo non seguiva nessuna ricompensa né punizione.

Il modello più imitato fu quello che aveva ricevuto un premio, anche se i bambini, in un'intervista successiva alla prova, condannavano con decisione il comportamento brutale.

• *Proprietà dei processi di condizionamento*

Le differenti modalità di condizionamento sono state presentate, per facilità esplicativa, separatamente, ma tanto nella realtà quotidiana quanto nelle problematiche cliniche esse si rivelano spesso combinate tra loro: concatenate nella creazione di vari comportamenti.

Un esempio è il *Disturbo di Panico* con *Agorafobia*, secondo la teoria bifattoriale di Mowrer, in cui si realizza una "saldatura" tra il *condizionamento Classico* (il *Panico*) e quello *Operante* (l'*Agorafobia*) (**Figura 7.5**).

I diversi apprendimenti interagiscono tra di loro, permettendo alla paura di mantenersi: la paura è appresa con i principi rispondenti del condizionamento "*classico*", ma si conserva attraverso il condizionamento "*operante*".

Nel caso del "*panico con agorafobia*", la percezione delle reazioni fisiologiche, proprie dell'ansia, elicita la paura verso le manifestazioni fisiologiche stesse (*condizionamento classico*), ma poiché la paura induce agiti di evitamento della situazione minacciosa, se una persona prova ansia in una determinata situazione tende ad emettere un comportamento di allontanamento da quel contesto, provocando così l'abbassamento del livello d'ansia (*condizionamento operante*). I due tipi di apprendimento, rispondente e operante, si uniscono a formare un processo unico: in tal modo la situazione temuta verrà costantemente evitata, impedendo l'estinzione della paura.

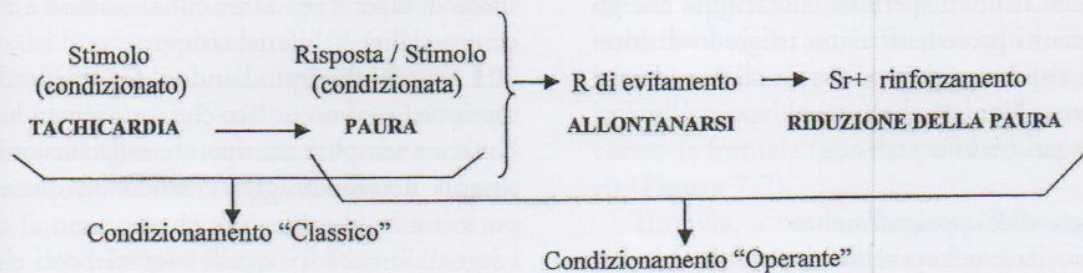



Figura 7.5 - Visualizzazione della teoria bifattoriale di Mowrer.

C'è anche da aggiungere che le pur diverse modalità di condizionamento presentano altresì delle caratteristiche comuni, quali:

- la *generalizzazione*, cioè il processo per cui una volta appresa una risposta a uno stimolo, questa sarà riattivata non solo dallo stimolo originale ma anche da tutti quelli simili o che gli assomigliano;
- la *discriminazione*, che è la capacità di distinguere tra due, o più, stimoli condizionati e, di conseguenza, generare reazioni diverse in relazione a ciascuno;
- l'*inibizione*, vale a dire il singolare procedimento che interviene negli apprendimenti da condizionamento, per cui vi è un'attenuazione, o anche la scomparsa, della risposta condizionata.

Invece, col termine di *abitudine*, o di *apprendimento per abitudine*, si indica un comportamento a cui non è facile rinunciarvi, una volta appreso, se non a prezzo di un certo sforzo. Gli specifici stimoli esterni, che danno vita a questo tipo di apprendimento, non hanno una effettiva importanza, ma vi sono state, però, numerose occasioni per potere ripetere questi specifici comportamenti, sino a renderli duraturi.

• *Apprendimento "latente"*

È un modello che trova il suo teorico in Edward C. Tolman (1886-1959), si riferisce ad un apprendimento di reazioni-risposta non determinato da alcun rinforzo. Un esempio di "*apprendimento latente*" è l'atteggiamento esplorativo: un soggetto (animale o uomo che sia), posto in un qualsiasi ambiente, inizia ad esplorarlo e a conoscerlo senza che vi sia alcun motivo a spingerlo in tale comportamento, né la fame, né la temperatura o altri bisogni.

Inoltre, quanto è stato appreso con questa modalità può mantenersi latente (cioè, "nascosto") per un tempo anche molto lungo. È un acquisto di conoscenze considerato alla stregua dell'apprendimento incidentale, cosiddetto perché avviene senza partecipazione volontaria o con uno sforzo non consapevole.

• *Apprendimento per "insight" o "intuitivo"*

Col termine *insight* s'intende la capacità di saper cogliere le relazioni esistenti tra tutto ciò che entra nel campo percettivo e, attraverso tale abilità, avere così la possibilità di giungere alla soluzione di un problema.

Questo apprendimento è stato particolarmente studiato da Wolfgang Köhler (1887-1967), esponente di spicco della *psicologia della Gestalt*, con esperimenti nei quali si verificava la possibilità di risolvere situazioni problematiche attraverso la riorganizzazione funzionale dell'ambiente: uno scimpanzé veniva posto di fronte a una grata al di là della quale c'era una banana, ma a una distanza superiore alla lunghezza del suo braccio, nella stanza si trovava anche un bastone e grazie a questa estensione del braccio lo scimpanzé riusciva ad impadronirsi del frutto.

Come il primate degli esperimenti, apprendimenti quotidiani di *problem solving* si mostrano quando ci si trova a dover affrontare un problema utilizzando quello che si ha a disposizione al momento: ad esempio, usare una sedia per cambiare una lampadina. Köhler indicava questo processo cognitivo come "ristrutturazione del campo".

In base ai risultati sperimentali, sembra che gli apprendimenti precedenti siano in grado di incidere sulla risposta a una nuova situazione. Il che depone verso l'ipotesi che tutti gli apprendimenti siano collegati tra loro.

• *Fisiologia dell'apprendimento*

Cosa avviene nel cervello quando si arricchisce di nuove conoscenze? I neuroni aumentano il loro volume, oppure ne vengono prodotti di nuovi? Dove vanno a collocarsi le nuove informazioni? Per rispondere a queste domande, e ad altre simili, gli studiosi hanno iniziato le loro ricerche osservando un animaletto in grado di realizzare forme semplici d'apprendimento: l'*aplisia*, una lumaca marina con un sistema nervoso composto da 100.000 neuroni (**Figura 7.6**).

A prima vista "il cervello" di questo piccolo essere vivente può risultare complicato, ma è comunque un milione di volte più elementare di quello umano: il "sistema nervoso centrale" della specie umana, infatti, è formato da ben 1000 miliardi di cellule nervose. Tuttavia, anche l'*aplisia* ha dimostrato di sapersi adattare a nuovi stimoli e a reagire con modalità stabili nel tempo.

I neurobiologi, studiando il fenomeno dell'abituazione, avevano notato che sottoponendo questa lumaca a semplici ma ripetute sollecitazioni, il suo sistema nervoso reagiva creando un diverso rapporto tra le fibre nervose che portano al cervello i segnali sensoriali e quelle motorie, cosi chiamate perché inviano "ordini" ai muscoli partendo dal cervello. In conseguenza delle ripetute stimolazioni il collegamento tra i due tipi di neurone diveniva via via più saldo, dapprima utilizzando dei processi biochimici e successivamente dando vita a stabili legami sinaptici.

Questa sviluppo del sistema nervoso, tradotto in altri termini, indica che fisiologicamente il processo di apprendimento richiede delle connessioni permanenti tra le cellule interessate. Però, questo fenomeno non è istantaneo e necessita di un certo tempo: perciò all'inizio, a rinsaldare la relazione, interviene un passaggio di natura chimica, ma in seguito, nella seconda fase, a sancire definitivamente il legame vi è la formazione di nuove sinapsi.

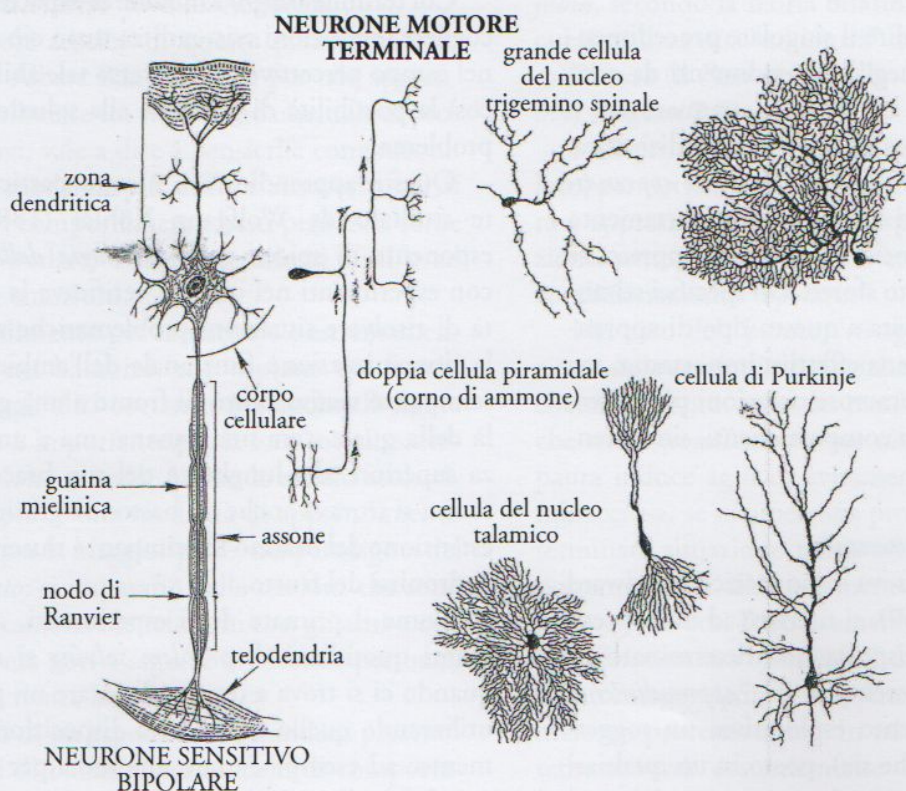



Figura 7.6 - Diversi tipi di neuroni presenti nel sistema nervoso umano.

L'informazione si dirama lungo le vie neurali attraverso dei brevi impulsi elettrici (detti "potenziali d'azione"), che hanno un'ampiezza di circa 100 millivolt e la durata di 1 millisecondo. Quanto gli impulsi raggiungono le terminazioni che mettono in comunicazione due corpi cellulari, il segnale elettrico innesca una trasmissione biochimica tra sinapsi e dendrite postsinaptico. Ricordiamo che uno dei maggiori studiosi del cervello di oltre un secolo fa, Santiago Ramòn Cajal, definì i neuroni come cellule polarizzate che ricevono segnali su grandi ramificazioni del corpo cellulare (i "dendriti"), e inviano informazioni lungo estensioni non ramificate (gli "assoni).

Oltretutto, il cervello non è costituito da parti intercambiabili e ogni tipo di cellula nervosa ha caratteristiche funzionali in base al suo ruolo, così come differenti sono anche i neurotrasmettitori dei segnali da un neurone all'altro (*gluttamato*, *noradrenalina*, *dopamina*, *serotonina*, *acetilcolina*, *gaba* -acido gamma amino buttirico- e *glicina*).

Ogni neurone, poi, è in grado di creare una varietà di connessioni che va da un singolo collegamento sino a quasi un milione di unioni. Il cervello è pure distinto in aree specializzate: perciò, chi sta leggendo queste righe avrà una maggiore attivazione della corteccia parietale (recettiva alla lettura) e della corteccia occipitale (opera per la vista), se legge ad alta voce, sarà interessata anche la corteccia frontale (associata ai movimenti volontari) (**Figura** 7.7).

Tuttavia, a rendere ragione della complessità del cervello non basta la quantità di cellule nervose che lo compongono: altri organi sono costituiti da numeri importanti di cellule (ad esempio, il fegato è formato da circa 100.000 cellule), ma non sono neppure paragonabili, per il numero e per le funzioni che esercitano, alla sede della mente. Perciò, oltre al numero va considerata anche la struttura dei vari neuroni, la loro forma e le differenze molecolari.

Quindi, le sinapsi si prolungano sotto la pressione esercitata dall'esperienza (gli stimoli), dando vita a legami privilegiati con una o più cellule: maggiore è lo scambio d'informazioni e più marcato risulta il "sentiero nervoso" che viene a formarsi tra i vari neuroni interessati. Alla fine si crea una vera e propria "rete" neurale, in cui ciascuna cellula viene a perdere la sua originale autonomia e diventa vincolata ai rapporti con l'insieme.

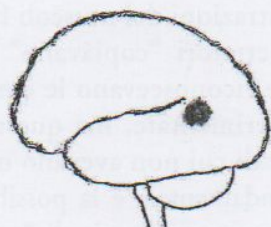
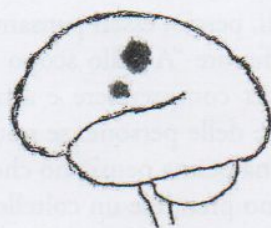



Figura 7.7 - Immagini ottenute da Marcus Raichle (Washington University) con la PET, relative a una serie di compiti intellettivi associati all'uso di parole.

Questa "costruzione nervosa d'insieme" può cambiare l'attività precedente del singolo neurone, visto che ora non agisce più in maniera indipendente: perciò, pur in corrispondenza sempre dei medesimi stimoli, "un circuito" assume la proprietà di sensibilizzarsi mentre un altro inibisce l'attivazione. Ciononostante, il processo non si ferma qui: ogni "rete" non rimane una realtà a sé, ma si formano rapporti anche fra le molteplici "reti": il risultato è qualcosa che ricorda molto internet, la "rete delle reti".

Si è anche scoperto che i neuroni impegnati in una funzione simile, sono raggruppati in colonne lungo lo spessore della corteccia: ad esempio, un modulo della corteccia visiva, che risponde alla visione di linee orientate nello stesso modo, è largo 1 decimo di millimetro ed è composto da più di 100,000 neuroni, la maggioranza dei quali è associata in circuiti locali, ciascuno specializzato in una funzione.

Da quanto è stato sin qui detto, si comprende bene le difficoltà incontrate nelle ricerche sul cervello, e perché solo recentemente, avendo a disposizione tecniche e strumenti d'indagine più evoluti, si stia cominciando a intravedere la multiforme attività di quest'organo fondamentale.

Tuttavia, l'apprendimento non è "per sempre": se la stimolazione si mantiene, le connessioni e la rete vengono confermate e, anzi, rinsaldate. Ma qualora i segnali che interessano una via venissero a mancare, quel "percorso" sarà fortemente indebolito a favore di altri. Infatti, l'attività modifica il numero e la localizzazione delle sinapsi, con gli assoni che producono nuove terminazioni quando i loro vicini diventano inattivi, e i rami dendritici sono rimodellati continuamente. Tutto questo per una logica di economia biologica, dove le strutture e le risorse sono impiegate in relazione alla necessità, e le priorità sono decretate dall'uso: più una funzione è richiesta e maggiore sarà la sua utilità per la vita.

Non è possibile terminare la fisiologia dell'apprendimento senza parlare dei "*neuroni specchio*", scoperti nel 1991 dal gruppo di ricercatori italiani dell'Università degli Studi di Parma, guidato dal neurobiologo Giacomo Rizzolatti, e tuttora oggetto di studi. Si tratta di un tipo di neurone che si attiva di fronte al comportamento altrui come fosse proprio, e per questo nominato "specchio".

La loro singolare peculiarità è la capacità di trasmettere impulsi elettrici non solo durante l'esecuzione di un gesto, ma anche quando lo stesso gesto viene percepito nell'agire di altri. Perciò, la loro funzione è di cogliere le informazioni sensoriali del comportamento altrui e convertirle in corrispondenti modelli neurali della propria procedura motoria. È un processo che consente di duplicare nella propria mente le condizioni psichiche di altri individui mentre eseguono delle azioni.

La scoperta dei cellule nervose *specchio* nasce dall'aver rilevato una reattività bilaterale, particolarmente intensa, di alcuni neuroni della corteccia premotoria e delle regioni parieto-temporali, in soggetti posti di fronte ad un altro individuo che compiva gesti a loro familiari: quasi che il cervello potesse "capire" il comportamento degli altri per mezzo di una riproduzione neurale-motoria di un atto già sperimentato. Qualcosa di simile era già stato osservato nelle ricerche sulle emozioni: dei volontari osservavano degli attori che simulavano stati emotivi, e degli elettrodi, posti sul loro viso, registravano le contrazioni dei muscoli facciali. Si è visto che gli spettatori "copiavano" la mimica dei modelli e riconoscevano le emozioni se le avevano già sperimentate, ma questo non avveniva con quelle di cui non avevano mai avuto esperienza.

Fondamentale è la possibilità di acquisire, attraverso questa specie di "specchio" nervoso, una teoria della mente, cioè la capacità di attribuire obiettivi e intenzioni alle azioni degli altri considerandoli, perciò, esseri pensanti. Dare un significato nell'afferrare "A" allo scopo di realizzare "B" è la base per comprendere e attribuire un significato all'agire delle persone: se notiamo qualcuno prendere una penna pensiamo che sia per scrivere, se lo vediamo prendere un coltello forse sarà per tagliare del cibo, quando agita una mano crediamo che sia per attirare l'attenzione di qualcuno e così via. Gesti quotidiani e ricorrenti, talmente normali che non ci poniamo domande sui loro meccanismi. I *neuroni specchio* sono il primo passo in direzione

dell'empatia, verso la capacità di utilizzare le informazioni che ci giungono al fine di riconoscere, interpretare e capire gli atteggiamenti delle persone nel nostro ambiente: l'attitudine a provare le emozioni altrui facilita le relazioni sociali.

Anche l'empatia è una abilità che si apprende e che si sviluppa. Uno studio condotto da Heinz Wimmer e Josef Perner con un gruppo di bambini dai 3 ai 9 anni, ha rivelato che i piccoli dai 3 ai 4 anni non erano in grado di comprendere il "punto di vista altrui". Però, con la crescita si sviluppava anche la capacità di associare intenzioni e scopi ai comportamenti degli altri.

Attualmente gli studi vertono attorno all'ipotesi che vi siano molteplici strutture nervose *specchio*, con funzioni diverse e costituite dalla presenza di specifici neuroni in molte regioni cerebrali: l'identificazione della finalità dei comportamenti altrui potrebbe basarsi su circuiti parieto-frontali, ma la capacità di percepire un'emozione sarebbe facilitata dalla presenza di *neuroni specchio* nel sistema limbico.

8 L'ETÀ ANZIANA

Psicogeriatria

L'interesse per uno studio sistematico degli aspetti psicologici delle persone "anziane", ha iniziato a svilupparsi negli anni '70 del secolo scorso. Il termine "anziano" tra virgolette, è dovuto al fatto che questo momento della vita è stabilito più attraverso una visione burocratica che con indicazioni scientifiche: infatti, è palese l'esistenza di un divario tra l'invecchiamento biologico e l'invecchiamento psico-sociale.

Nel passato la terza età, contrassegnata dal pensionamento, iniziava a 60 anni, per passare poi a 67. Però il 30 novembre 2018, la *Società Italiana di Gerontologia e Geriatria* ha concluso che, per la medicina, si è "anziani" a partire dai 75 anni. Comunque, per convenzione, l'età avanzata viene distinta nei seguenti 3 momenti:
1 - giovani vecchi : 60 / 70 anni
2 - vecchi : 70 / 85 anni
3 - ultravecchi : 85 / 100 anni e oltre.

L'evento fondamentale per le ricerche sui processi dell'invecchiamento, è stato l'andamento demografico, che ha mostrato, particolarmente nel mondo occidentale, un costante aumento percentuale dell'allungamento della vita nella popolazione. In conseguenza di tale fenomeno la medicina ha risposto con una sua specializzazione: la *geriatria*. Quindi, a seguire, la psicologia con studi specifici di *psicogeriatria*.

La definizione di "invecchiamento" sta ad indicare uno sviluppo della vita nel corso del quale si susseguono continue trasformazioni, tanto a livello fisico quanto psicologico. Tuttavia, nello specifico, la parola "vecchiaia" viene utilizzata per designare la fase conclusiva della vita di una persona, distinguendola dal periodo iniziale (detto "infanzia" e "adolescenza") e dal momento di maggiore efficienza (chiamato "adulto" o della "maturità").

Certamente ciò che caratterizza l'invecchiamento è, soprattutto, un progressivo decadimento delle funzioni biologiche. A questo declino concorrono, seppure in misura diversa, molteplici cause:

1 "la genetica": i fattori ereditari e la personale scrittura dei geni;
2 "l'ambiente": * il livello culturale (una ridotta conoscenza offre meno capacità di reazione e di riorganizzazione), * l'aspetto economico (le condizioni socio - economiche disagiate aumentano le difficoltà dell'età avanzata), * la struttura famigliare (l'organizzazione della famiglia è importante nel mantenimento del "tono" vitale), * il contesto (rurale, urbano o metropolitano che sia, ogni ambiente ha una sua diversità di stimoli, quantitativa e qualitativa);
3 "la personalità": la vecchiaia è vissuta diversamente a seconda che la personalità sia chiusa o aperta, attiva o passiva, dotata o meno di affettività e di emotività;
4 "le condizioni psicosomatiche": un malessere organico aggrava tutta la situazione, così come le esperienze traumatiche di vita aumentano i disagi e la sofferenza (ad esempio, la perdita del coniuge o uno sradicamento dal proprio ambiente).

La transizione dall'età adulta allo stato di anziano è un processo che viene inquadrato attraverso diverse prospettive: cronologica, biologica e psicologica. Ciascuna di queste cornici racchiude un particolare aspetto della persona, ognuno dei quali è in stretta correlazione e interdipendenza con tutti gli altri.

• *Aspetto cronologico*

L'arco di vita di un individuo viene distinto in differenti stadi di sviluppo, considerando tali periodi per caratteristiche omogenee e coerenti tra loro. Il punto di riferimento adottato, alla ricerca della maggiore obbiettività possibile, è quello del tempo. Pertanto, sono stati individuate varie fasi riportate, sinteticamente, qui di seguito, dove l'età è stata associata ai principali eventi della vita:

- sino ai 7/8 anni il bambino è impegnato a prendere conoscenza del mondo, e questa viene definita "fase dell'impostazione":
- dagli 8 ai 20/25 anni l'individuo s'inserisce nella società acquisendo i modelli del gruppo sociale di appartenenza (cultura, scuola, formazione, ecc..);
- dai 25 ai 62/70 anni, circa, viene stabilizzata la condizione di vita tramite l'inizio dell'attività lavorativa, la costituzione di una famiglia, l'affermazione della carriera professionale, il consolidamento economico, ecc..;
- dai 65/70 anni in poi la persona cessa il suo impegno lavorativo, ed è in questa fase che si trova nella condizione di riorganizzare quasi completamente la propria vita.

L'incipit della "Divina Commedia" è dato dalla celebre frase "*Nel mezzo del cammin di nostra vita..*", con cui Dante Alighieri suggeriva la sua età, di 35 anni, come il periodo centrale di una possibile esistenza di circa 70 anni. Da allora, si era nel '200, sono trascorsi diversi secoli, e l'aspettativa di vita si è oggi prolungata, grosso modo, sino agli 85 anni.

L'attuale organizzazione produttiva parte dai 25-26 anni e arriva ai 67-70: in pratica, ci si aspetta d'andare in pensione quando nel medioevo si prevedeva di morire. In questo lasso di tempo avvengono gli episodi più significativi della storia personale: s'inizia ad essere un elemento attivo della società, nascono i figli, si fanno spese importanti come l'acquisto della casa, si afferma il proprio ruolo nella comunità, si assiste alla partenza dei figli e altro ancora.

È fondamentale, per la nostra società, considerare la salute, fisica e psichica, dell'anziano, visto che gli "oltre" settantenni sono all'incirca il 20% degli italiani e il 30% della spesa sanitaria è concentrata su di loro: infatti, gli anziani e i bambini sono le fasce d'età maggiormente esposte a rischi e problemi di salute.

Tuttavia, va anche considerata tutta l'economia che è "movimentata" dalle persone della terza età, e non solo per quanto riguarda gli ausili alla salute, dalle protesi acustiche alle calze contenitive: basti pensare, ad esempio, alle attività connesse al turismo che gli anziani impegnano nei periodi che la popolazione attiva è occupata nel lavoro, o alle associazioni di volontariato coinvolte nel supporto sociale e composte per gran parte da pensionati.

• *Aspetto biologico e fisiologico*

Per lungo tempo si era pensato che con l'invecchiamento il cervello perdesse neuroni e diminuisse di volume, finendo per esserne debilitato nella sua efficienza. Studi recenti, però, hanno documentato che si trattava di una convinzione errata. In effetti, vi sono dei cambiamenti ma il cervello continua a mantenere, anche se carico di anni, un impianto attivo che riequilibra una minore densità della *sostanza bianca*, la diminuzione del volume e una riduzione dei *recettori dopaminergici* (la *dopamina*, liberata nelle circostanze gratificanti, è un neurotrasmettitore del sistema nervoso centrale, della famiglia delle catecolamine, con potere eccitatorio).

Il cervello rimedia ai mutamenti del tempo con un'instancabile plasticità, che premia le aree maggiormente sollecitate nella quotidianità: sembra divenire più generalizzato, peggiorando, da un lato, la capacità di riconoscere persone o oggetti ma migliorando, dall'altro, l'abilità di risolvere i problemi. Oltre a ciò, le persone anziane hanno una maggiore operosità della *corteccia prefrontale*, mentre mostrano un calo nella reattività delle regioni cerebrali posteriori e un incremento delle connessioni neurali.

Il cervello continua a riorganizzarsi e prosegue anche a generare un numero importante di nuovi

neuroni, seppure in modo non diffuso ma concentrati in due zone precise: nel *giro dentato* (un'area dell'*ippocampo*, associata alla memoria spaziale e utile al saper ritrovare la strada) e nel *flusso migratorio rostrale* (conduce i nuovi neuroni verso il *bulbo olfattivo*, e pare legarsi alla memoria olfattiva con la realizzazione di nuovi ricordi).

Tra i danni dell'invecchiamento vanno annoverate strutture anomale come gli ammassi neurofibrillari e le placche senili (*ateromi*), conseguenze dei depositi di sostanze grasse, quali il colesterolo. Questi processi sclerotizzanti sono particolarmente significativi per la funzionalità mentale, dato che interessano gli apparati cardiovascolare e cerebrale, così come lo sono anche la perdita di neuroni e l'impoverimento del flusso ematico, dovuto all'ispessimento delle arterie e alla riduzione del loro volume.

Inoltre, col rallentamento del metabolismo, caratteristico dell'età avanzata, si assiste a una minore capacità di assorbimento dei farmaci. Questa difficoltà viene ulteriormente ampliata dalla sempre maggiore diffusione di farmaci liposolubili, comportando un accrescimento dei casi di tossicità farmacologica e di effetti collaterali indesiderati.

Anche i cambiamenti fisiologici legati alle capacità sensoriali, o alla mobilità, sono in grado di influenzare significativamente l'elaborazione delle informazioni, l'autostima e le relazioni sociali:

- la vista viene compromessa dalla riduzione delle dimensioni della pupilla, e anche il cristallino perde elasticità e s'ispessisce. L'umore acqueo si pigmenta, tra i 20 e i 65 anni, consentendo l'assorbimento di una luce con una lunghezza d'onda più breve. Anche il metabolismo della retina rallenta;
- l'udito inizia a diminuire intorno ai 25 anni, e la percezione dei toni cala costantemente sino ai 55 anni circa. Dopo vi sono perdite più accentuate in relazione con le alte frequenze;
- i sensi somatostetici, vale a dire sensibili allo "stato del corpo", hanno anch'essi dei cambiamenti e, pertanto, varia la ricettività del dolore, del tatto, della temperatura ambientale e della pressione ematica. Il senso di orientamento viene ridotto, così com'è indebolito il senso dell'equilibrio;
- il sistema muscoloscheletrico va incontro a una progressiva riduzione delle sue capacità, con la perdita della coordinazione muscolare, della resistenza delle ossa e compaiono alterazioni nelle articolazioni coinvolte nei movimenti. Intorno ai 70 anni si assiste a una perdita della forza muscolare pari al 30/40%, più nelle gambe che nelle braccia. Inoltre, le cartilagini e i legamenti possono calcificarsi.

• *Aspetto psicologico*

Con l'età alcune abilità cognitive vanno incontro ad un decadimento: la memoria, il ragionamento e la soluzione di problemi complessi subiscono un degrado. Tuttavia, l'80% delle persone con oltre 65 anni mantiene un'efficienza intellettiva globale nella norma.

Se da un lato vi sono abilità che d'indeboliscono, dall'altro si assiste anche ad una più equilibrata capacità di giudizio, ad un accrescimento delle conoscenze e ad un miglioramento delle abilità empatiche, nonostante il pensiero e i movimenti diventino più lenti. Di conseguenza, la valutazione delle caratteristiche psicologiche tende a considerare, soprattutto, i cambiamenti riferiti alle capacità cognitive e alla personalità.

Le capacità intellettive prese in esame sono "la capacità di pensare" e quella "di ragionare". In passato si pensava che un valido indice d'invecchiamento fosse il impoverimento intellettivo, ritenendo che, col passare degli anni, si verificasse un progressivo diradamento dei neuroni, conseguente alla morte delle cellule stesse. Questa tesi era avvalorata da diverse alterazioni anatomiche, come la reale perdita di peso del cervello di un anziano, mediamente nell'ordine del 7-8% del peso massimo raggiunto, unito alla demielinizzazione e alla riduzione di *materia bianca* (in particolare nelle regioni frontali e sottocorticali), all'atrofia con un appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali e allargamento dei solchi e all'ampliamento dei ventricoli. Il maggiore declino avviene nelle regioni frontali, temporali e parietali.

Tuttavia, queste perdite a livello fisiologico non incidono sull'intelligenza, che nell'insieme dimostra di rimanere pienamente integra: non vi è una riduzione delle conoscenze né della capacità di ricordare. Ciò che risulta essere indebolita è la prontezza di utilizzo delle capacità intellettive, e quindi a risentirne è l'organiz-

zazione e la memoria delle nozioni, ma è sufficiente avere la disponibilità di un tempo maggiore, perché le prestazioni riprendano i valori normali.

La personalità e le modificazioni indotte, in questo ambito, dal tempo, sono un'altra peculiarità degna di nota. Le perdite relative agli ormoni e ai neurotrasmettitori, assieme all'insorgere di processi infiammatori e a un indebolimento complessivo del fisico, sono condizioni che esigono un maggior sforzo di adattamento e predispongono a più elevati livelli di stress.

Con l'avanzare degli anni sono stati notati, in particolare, i seguenti cambiamenti:
- una minore espressività dei sentimenti;
- un aumento dell'egocentrismo;
- una riduzione sia dell'espressività che dell'intensità delle emozioni;
- una maggiore labilità emotiva, cioè dei viraggi emotivi anche per inezie;
- una contrazione delle emozioni positive, come la gioia;
- un incremento delle emozioni negative, come la paura;
- una crescita dei disturbi dell'umore, come disadattamento o depressione.

La labilità emotiva è manifestata attraverso un diffuso stato d'ansia, dove anche una lieve contrarietà o un contrattempo hanno la possibilità di accrescere ulteriormente questo stato.

La vecchiaia è una realtà che viene vissuta diversamente, a seconda che la personalità sposi modalità esistenziali attive o passive, oppure adotti atteggiamenti aperti o chiusi. L'affettività, l'adattamento e la socialità sono aspetti che vengono fortemente influenzati dalla struttura della personalità, e negli anziani possono riflettere diverse problematiche.

L'affettività è una componente strutturale della vita psichica: è il complesso dei sentimenti e delle emozioni che permea tutto l'agire umano, dando significato e intensità all'intera esistenza. Nell'anziano l'affettività tende ad avvitarsi attorno ad elementi egocentrici, caratterizzati da autoriferimenti al proprio passato. Inoltre, si manifesta la tendenza di ridurre, da un lato, l'intensità delle emozioni vissute, ma, dall'altro, ad accentuarne le espressioni. L'adattamento comporta l'accettazione della propria condizione. Invece, nell'anziano si assiste, spesso, a una crisi dell'adattamento, conseguente allo sforzo di ricostruzione di sé, di accettazione o di rigetto della realtà. A monte del disadattamento si trovano le criticità riguardo il potere, il valore, le normative, la realizzazione personale e la salute. Infatti, nel momento della vecchiaia la persona, di norma, ha perso gran parte della sua rilevanza nella vita della comunità, di conseguenza anche il suo valore nel gruppo e le possibilità di affermazione sono venute meno. Per non parlare della salute: è proprio in questo periodo che il fisico mostra tutta la sua fragilità, e non in maniera occasionale.

La socialità, infine, interessa sia i comportamenti interpersonali che le relazioni con il contesto ambientale, entrambe situazioni dovute, in gran parte, alle abilità comunicative, verbali e non verbali. Ad indebolirla s'incaricano la conflittualità (l'anziano è spesso insoddisfatto tanto dell'ambiente quanto di se stesso) e la frustrazione (la sofferenza psichica causata dal mancato raggiungimento dell'obbiettivo desiderato).

L'anziano nell'istituzione

Esistono delle condizioni in grado di accelerare il fenomeno dell'invecchiamento. La "Commissione Americana di Studi Geriatrici" ha individuato la seguente serie di "fattori influenti sulla senescenza":
- lo "stress", vale a dire le tensioni e gli sforzi;
- il "regime dietetico", inteso sia come qualità che quantità dell'alimentazione;
- l'"immobilismo psichico", cioè il non sentirsi più utili né validi;
- l'"ambiente", individuato nella situazione culturale, professionale e famigliare.

A tal proposito, può risultare interessante uno studio relativo alla longevità di alcune popolazioni della Georgia, del Caucaso e delle Ande: la ricerca mise in risalto un elemento che i centenari condividevano tra loro, che non era il cibo né il clima ma la consuetudine ad avere interessi e a tenersi occupati.

Era, quindi, il sentirsi partecipi alla comunità il fattore principale per vivere a lungo. Ulteriori studi (Engels e Poster, 1987), poi, hanno dimostrato che ad un miglioramento del funzionamento sociale di anziani inseriti in comunità corrisponde anche un innalzamento del livello di salute.

Le ricerche compiute da studiosi della "Gestalt", basate sul principio della continuità della forma, hanno rivelato che all'indebolimento della vista sembra corrispondere un miglioramento della capacità percettiva: cioè, una minore idoneità a cogliere le immagini viene bilanciata da una maggiore abilità a dare un senso a quanto visto.

Le attività mentali che s'indeboliscono, spesso correlate al decadimento fisico, sono le seguenti:

- sveltezza e rapidità percettiva (ripercussioni vi sono sulla capacità di decisione e rapidità dei movimenti);
- fissità degli stimoli sensoriali (con le relative difficoltà a sostituirli con stimoli nuovi, da cui nasce un atteggiamento di sospetto e diffidenza);
- attenzione e memoria (sussiste una certa difficoltà ad armonizzare in modo coerente le nuove nozioni all'interno di schemi già costituiti).

• *La "Casa di Riposo"*

Può accadere che l'anziano diventi, in qualche modo, "incompatibile" con le persone con cui vive o, in generale, con l'ambiente: vi possono essere delle cause fisiche per cui necessita di una continua assistenza, oppure dei motivi psichici che inducono limitazioni alle azioni e alla libertà dei congiunti.

Sarebbe auspicabile, anche se di fatto non si verifica così frequentemente, che l'idea della Casa di Riposo scaturisse dall'anziano stesso. Non dobbiamo nasconderci che vi sono molti preconcetti, fantasie e diffidenze verso questa istituzione, spesso associata al trascorrere del tempo in attesa di morire.

È un atteggiamento che trova, almeno in parte, ragione nell'organizzazione che la nostra società tende a darsi: una costruzione distinta per fasce d'età, dall'asilo alla vecchiaia, dove uno dei pochi ambienti in cui si hanno contatti tra più generazioni è il lavoro. È un'immagine un po' semplificativa della realtà, ma rende abbastanza l'idea della struttura sociale attuale.

Quindi, anche la Casa di Riposo, volenti o no, non sfugge a questo ordinamento, essendo percepita come uno spazio solo per gli anziani e, con un'invisibile barriera psicologica, chiuso al mondo degli adulti attivi e dei giovani. Forse si potrebbe cambiare questa visione un po' ghettizzante, se la "Casa" potesse dotarsi di un luogo pubblico, ad esempio un bar, funzionale a far incontrare e mescolare città e istituzione.

La società contadina dava una grande importanza all'anziano, poiché era fonte di sicurezza per la sua esperienza e competenza. Invece, l'attuale società industriale, con i suoi cambiamenti veloci ed imprevedibili, ha pressoché annullato tale ruolo, e una delle condizioni più annichilenti per la persona è quella di percepirsi "inutile". Questa è, forse, la causa principale dell'isolamento cui spesso viene a trovarsi la persona anziana, pensionata e con una famiglia frazionata sul territorio.

La vecchiaia è attorniata a numerose e false credenze:

1) l'invecchiamento segna la fine dell'attività produttiva;
2) gli anziani preferiscono allontanarsi dagli impegni sociali;
3) le persone avanti con gli anni non sono flessibili;
4) gli anziani accettano pazientemente i cambiamenti legati all'età;
5) la senilità (cioè, l'indebolimento mentale e fisico derivato dall'accumularsi degli anni) è parte integrante dell'invecchiamento.

Per tutto quanto si qui detto, diventa opportuno e necessario che, nel contesto della Casa di Riposo, venga concessa all'anziano la possibilità di ricrearsi, per quanto possibile, uno spazio "suo", un ambiente personalizzato, che trasmetta identità e sicurezza. Infatti, non vanno dimenticati i sentimenti di insicurezza, di solitudine e di ansia che tendono a permeare la vita di chi ha tanti anni sulle spalle.

Quando il contesto assume forme associate alla soggettività, anche la percezione della persona cambia attraverso l'investimento affettivo: la stanza diventa, allora, la "sua stanza", il letto è il "suo letto" e l'armadio il "suo armadio". Un oggetto sul comodino è qualcosa di più di un ninnolo o di un ornamento: è il "marchio psicologico e fisico" del "suo territorio", è la sua "personalizzazione" di fronte alle regole e all'organizzazione della Casa di Riposo. L'ambientarsi, assieme al formarsi di amicizie, è il fattore che aiuta lo sviluppo della maturazione psicologica, favorendo l'accettazione e l'adattamento.

9 LA COMUNICAZIONE

Cosa vuol dire "comunicare"

Il "comunicare" è la base di ogni vivere sociale, e questo vale per ogni essere vivente: tanto che si tratti un uomo quanto di un animale. Ogni forma animale comunica dei messaggi, che possono essere funzionali all'accoppiamento, a contrassegnare un territorio o altro ancora.

Queste "missive" viaggiano attraverso i vari canali sensoriali, come la vista o l'olfatto, portando informazioni che risultano fondamentali non solo per la vita del singolo individuo, ma, spesso, per l'intera specie. È assodato che se non ci fosse la possibilità di comunicare, sarebbe messa in dubbio la sopravvivenza di intere varietà di esseri viventi.

La comunicazione viene tecnicamente definita come: "..*Un modo con cui un soggetto* (persona) *passa a un altro soggetto* (persona) *qualcosa che subisce delle modificazioni!*". Questo significa che è regola comune interpretare i segnali che riceviamo, sia che vengano da altri o dall'ambiente. La fedele corrispondenza con la realtà deriva dalla semplice descrizione, ma molto raramente ci si limita a prendere atto di ciò che si vede o si sente. Generalmente, invece, si tende ad attribuire subito un significato a tutte le informazioni sensoriali, cioè ad interpretare gli stimoli che i nostri sensi raccolgono.

È una modalità che ha il vantaggio d'essere veloce e di non richiedere la disponibilità di tutti i dati, ma il prezzo da pagare è la possibilità di distorcere la realtà, anche in modo grave. È qui l'origine di molti errori cognitivi.

• *La comunicazione interpersonale*

Ogniqualvolta una persona si trova di fronte a un'altra persona avviene una "comunicazione interpersonale": vi è, cioè, uno scambio di informazioni attraverso dei canali comunicativi. Sono messaggi che i due, alternativamente, codificano e decodificano a seconda del ruolo di "emittente" o di "ricevente" in cui occasionalmente vengono a trovarsi.

"Non è possibile non comunicare", è questa una verità incontrovertibile: si può comunicare "bene" o comunicare "male", ma si trasmette sempre qualcosa. Anche se si tiene la testa bassa e non si sussurra nemmeno una parola, si racconta comunque di se stessi: che si è tristi, che si vuole rimanere da soli o che si è preoccupati.

Il lato critico, semmai, è far comprendere quale di tutte le condizioni possibili è quella in cui realmente ci si trova. Ed è proprio questo che stabilisce la validità di una comunicazione: dire esattamente quello che si vuole senza lasciare spazio agli equivoci dell'interpretazione.

Gli elementi fondamentali della comunicazione tra persone sono:

- il "messaggio" (tutto ciò che l'emittente trasmette al ricevente);
- il "canale" (il mezzo attraverso cui avviene la trasmissione, e può essere visivo, tattile, verbale, prossemica, ecc.);
- l' "emittente" (colui che fa partire il messaggio dopo averlo elaborato);
- il "ricevente" (colui che riceve e rielabora il messaggio pervenutogli);

- il "feedback", o anche "informazione di ritorno" (la possibilità che ha l'emittente di controllare che il messaggio sia stato ricevuto e compreso);
- il "contesto" (l'ambiente in cui avviene la comunicazione, che è in grado di cambiare il significato del massaggio);
- la "codificazione" (è il "codice-lingua" usato per la comunicazione);
- la "decodificazione" (l'insieme delle operazioni che il ricevente esegue, partendo dal codice, per risalire al pensiero, alle emozioni, ai sentimenti e, in generale, a tutto il contenuto del messaggio trasmesso dall'emittente).

Lo schema comunicativo può essere rappresentato come qui di seguito (**Figura 9.1**):

CONTESTO

Emittente
- Processi cognitivi
- Atteggiamenti, ecc.
- Intenzione

CODIFICAZIONE

CONTESTO | Feed Back | CANALE | MESSAGGIO | CONTESTO

DECODIFICAZIONE

Ricevente
- Processi cognitivi
- Atteggiamenti, ecc.
- Intenzione

CONTESTO

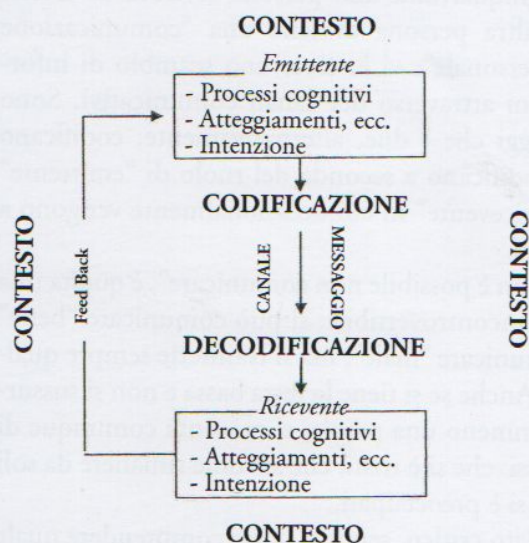



Figura 9.1 - Schema degli aspetti presenti nel sistema comunicativo.

• *Canali comunicativi*

Ogni comunicazione avviene, sostanzialmente, su due grandi canali: uno è quello "verbale" e l'altro quello "non verbale". Con la definizione "verbale" s'intende il canale le cui modalità sono legate alla parola, mentre col termine "non verbale" si indica tutto ciò che è non-parlato.

Sotto la dicitura "non verbale", per motivi di semplificazione, è stato compreso anche il canale "paralinguistico", o "paraverbale" (ritmo, volume e tono della voce), che non è parola ma sostiene e caratterizza le parole. Le specificità dei due canali sono rappresentate nello schema che segue.

VERBALE

1 *Sincronizzazione*: i propri atti sono correlati alle parole.
2 *Aspetto fisico*: è il modo di presentarsi e se gestito male può dare distacco o emargmazione.
3 *Osservazione*: si valorizza il ruolo di osservatore, considerando la tendenza a percepirsi più osservati che osservatori.
4 *Informazioni personali*: consiste nell'offrire più informazioni di carattere genrale, o personale, a cui l' interlocutore possa agganciarsi.
5 *Domande chiuse*: suggeriscono risposte secche ("si" o "no"), o con un minimo grado di partecipazione.
6 *Domande aperte*: favoriscono risposte articolate e stimolano il ricevente a fornire più informazioni.
7 *Domande e risposte riflesse*: si tratta di stimoli d'aggancio per la conversazione, collocati nelle parti finali dei discorsi altrui, intorno a cui costruire un rilancio del dialogo.
8 *Cambio d'argomento*: la volontà di variare il tema della conversazione va espressa con chiarezza e decisione.
9 *Porre fine alla conversazione*: non prevede giustificazione, e il congedo va preceduto da gratificazione circa l'incontro avuto.
10 *Gestione del silenzio*: le pause vanno considerate parti integranti del dialogo da non riempire con interventi banali.

NON VERBALE

1 *Auto-apertura*: dà il via alla conversazione considerando gli argomenti.
2 *Inserimento in conversazione*: il momento più opportuno è quando l'interlocutore non è impegnato.
3 *Libere informazioni*: è la base dell'apertura e consiste nel dare notizie di noi, del nostro atteggiamento e delle nostre emozioni o intenzioni.
4 *Contatto oculare*: ogniqualvolta due persone instaurano un contatto visivo (guardare è un segno d'interesse e d'attenzione).
5 *Mimica facciale*: si fa riferimento ad ogni variazione delle sopraciglia, degli occhi, della bocca e delle guance.

6 *Spazio sociale*: è il messaggio “prossemico”: a) postura, b) dove ci poniamo e c) convisibilità sociale (quanto e come ci si fa notare).
7 *Tono della voce*: è un aspetto che richiede una grande ricchezza di modulazioni, variazioni e cadenze della voce, legate ai contenuti contestuali della comunicazione.
8 *Gestualità*: rinforza il contenuto verbale e costituisce un codice comunicativo che è un vero e proprio linguaggio.

• *Comunicare col corpo*

Le relazioni interpersonali umane sono ricche di messaggi non-verbali, che possono addirittura prevalere sull’espressione parlata: immaginate un’affermazione del tipo «*Come ti sta bene questo vestito!*» accompagnata da una espressione facciale ironica, e si potrà vedere come la credibilità si sposti decisamente a favore della mimica.

Perciò, diventa importante prendere consapevolezza dei propri atteggiamenti come veicoli comunicativi. È chiaramente impossibile, qui, darne un’esauriente e completa spiegazione, ma è comunque possibile fornirne un’idea con alcuni esempi illustrati (**Figure da 9.2 a 9.41**).

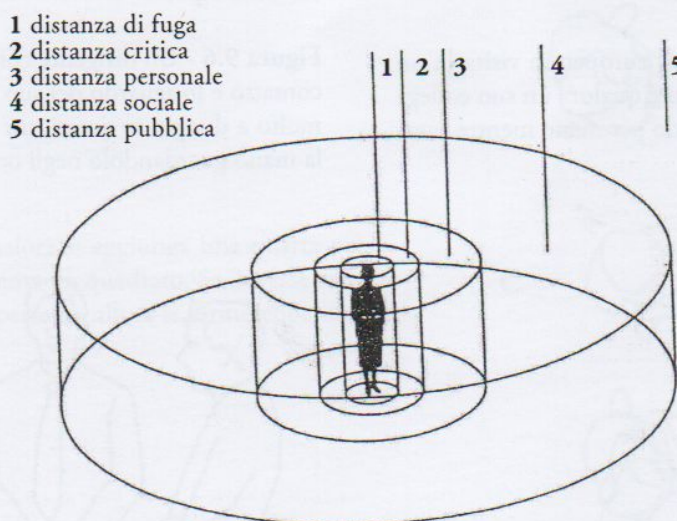



Figura 9.2 - Le ricerche sul comportamento umano hanno evidenziato 5 zone concentriche che gli attribuiscono significati di per sé: la 1ª corrisponde alla “zona intima”, la 2ª e la 3ª sono la “zona personale”, mentre la 4ª e la 5ª appartengono alla “zona sociale” .

Figura 9.3 - Nella “zona intima” entrano solo le persone con cui vi è un rapporto di completa fiducia, in caso contrario si ha una risposta d’ansia o di rabbia (cioè: una reazione di fuga o di attacco).

Figura 9.4 - Un uomo d'affari europeo in visita in un Paese Arabo potrebbe allarmarsi qualora un suo collega del posto decidesse di prenderlo per mano mentre camminano per strada.

Figura 9.6 - Un dirigente coreano educato ad evitare il contatto e lo sguardo del suo interlocutore, proverebbe molto a disagio se questi, un occidentale, gli stringesse la mano guardandolo negli occhi.

Figura 9.5 - Un sudamericano potrebbe accogliere un collega straniero con un abbraccio, con grande imbarazzo di quest'ultimo nel caso venga dall'Inghilterra.

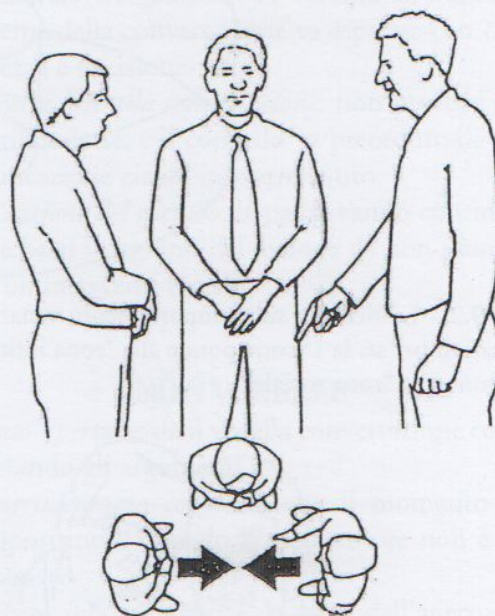



Figura 9.7 - Se, in un gruppo di tre persone, due vogliono escludere la terza, possono mantenere tra loro una posizione frontale e ravvicinata. Così, anche parlando col "terzo incomodo", lo faranno sentire escluso tenendo il corpo completamente rivolto verso l'interlocutore preferito.

Le persone tendono a puntare il capo, gli occhi, il tronco e i piedi nella direzione verso cui si trova l'oggetto del loro interesse. Questa postura è così automatica che spesso viene assunta involontariamente, tradendo pensieri e sentimenti.

Figura 9.8A - Due persone che intrattengono una conversazione occasionale, che stanno distanti e parzialmente rivolte l'una verso l'altra, hanno una posizione 'aperta', che facilita l'inserimento di una terza.

Figura 9.8B - Se si aggiunge questo 'terzo' individuo, le prime due non si spostano e si forma un triangolo in cui ognuno è parzialmente rivolto verso gli altri.

Figura 9.8C - Qualora si aggiunga una quarta persona, il triangolo diventa un quadrato. Se dovesse arrivare anche una quinta persona, allora si formerebbe un cerchio.

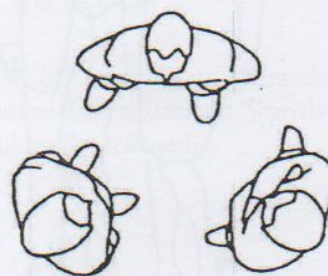
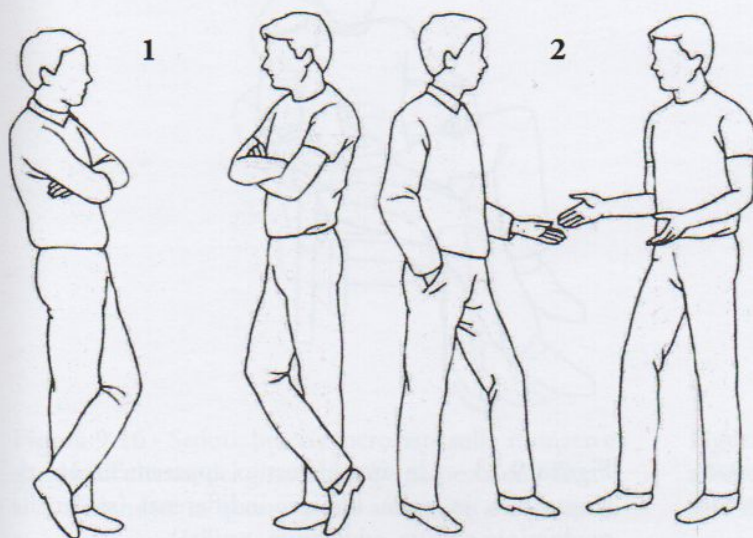
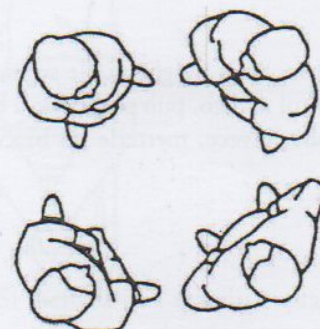



Figura 9.9 - Si è osservato che la gente cambia posizione e atteggiamento man mano che si adatta al contesto in cui si trova. Due persone che non si conoscono a fondo **(1)** sulle prime sono tese e 'distanti'; man mano che si allenta la tensione **(2)** disincrociano le braccia e iniziano anche a gesticolare.

L'avere dei diritti, su persone o cose che vengono percepite come appartenenti a noi stessi, sono dimostrati mediante gesti o atteggiamenti precisi. Anche in questo caso si tratta, il più delle volte, di comportamenti automatici che possono variare a seconda delle culture d'appartenenza.

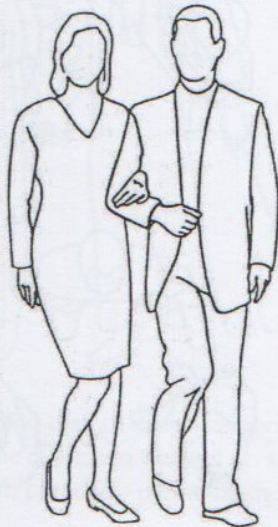



Figura 9.10 - Se la moglie vuole segnalare agli astanti il rapporto col marito, può prenderlo a braccetto. L'uomo potrebbe, invece, metterle un braccio attorno alle spalle.

Figura 9.12 - Il proprietario parla con la persona che ha suonato alla sua porta restando sulla soglia, per sottolineare il fatto d'esserne il possessore.

Figura 9.11 - Se si assume una posizione molto rilassata, potrebbe essere interpretata come segno di maleducazione o di prepotenza.

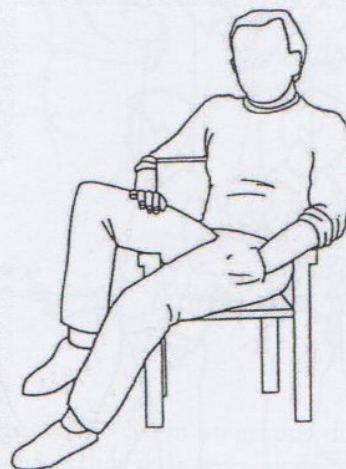



Figura 9.13 - Un atteggiamento apparentemente rilassato può, in realtà, indicare indifferenza (ma anche predominio oppure, addirittura, ostilità).

mostra-
camenti

sona che
per sot-

mente ri-
na anche

Figura 9.14 - L'impazienza può manifestarsi con movimenti delle dita, delle mani o dei piedi: tamburellando con le dita, accavallando le gambe o dondolando i piedi.

Figura 9.17 - Chi è in uno stato di grande disagio tende ad allontanarsi dalla situazione. Segnala questo stato portandosi sul bordo della sedia.

Figura 9.15 - Incrociare le gambe o le caviglie indica il mettersi sulla difensiva: la zona protetta è quella genitale. Spesso, rafforza la barriera delle braccia incrociate.

Figura 9.18 - Si incrocia una caviglia sopra l'altra, un gesto che uomini o donne tendono a fare se sono nervosi o depressi, ma non vogliono darlo a vedere.

Figura 9.16 - Seduti, braccia incrociate sullo stomaco e gambe all'altezza del ginocchio: è una posizione difensiva. Sedendosi in questo modo a concerti o convegni, può generare equivoci.

Figura 9.19 - Seduti, le gambe afferrate e incrociate all'altezza della tibia e trattenute con le mani o con una sola mano appoggiata sul ginocchio: è una posizione assunta quando si vogliono difendere le proprie idee.

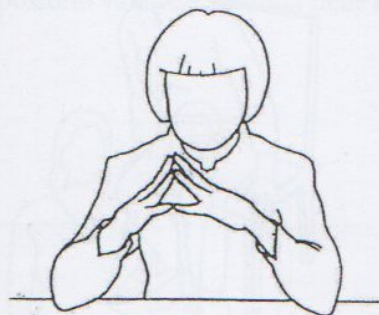



Figura 9.20 - La sicurezza di sé traspare da alcune posture tipiche, come quella a campanile: "Campanile alto" e gomiti sul tavolo è tipica degli accademici, dei dottori e degli avvocati quando danno il loro parere tecnico.

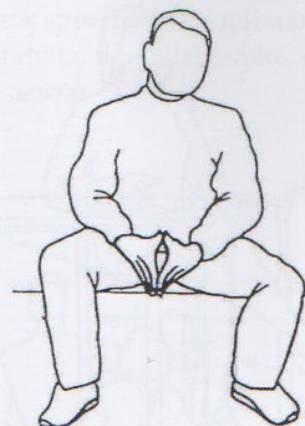



Figura 9.22 - Le mani unite a formare un 'campanile nascosto' sotto il tavolo: ciò succede quando si vuole tenere nascosta la propria sicurezza in sé.

Le persone che si trovano in una condizione sociale elevata e quelle che si percepiscono superiori a chi le circonda, per i loro successi sul piano intellettuale o sociale, possono manifestare questo loro senso di superiorità con particolari espressioni degli occhi o con posizioni della testa, o, ancora, con atteggiamenti e andature caratteristiche.

Figura 9.21 - Il camminare impettiti, passo rigido e gestutualità esagerata delle braccia, caratterizzano la persona sicura di sé e con un senso di superiorità.

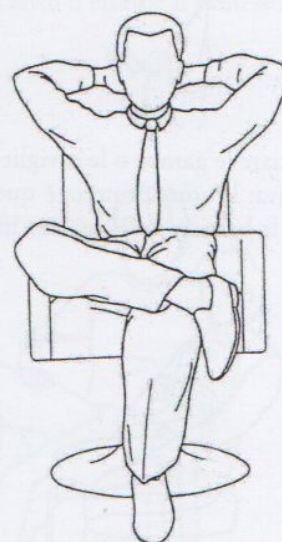



Figura 9.23 - Quando il capo interpella un subordinato seduto a gambe accavallate, reclinato all'indietro, con la caviglia appoggiata sul ginocchio e le mani intrecciate dietro la testa. Ciò esprime rilassatezza, sicurezza in sé e un po' di aggressività.

Figura 9.24 - Sedersi accavallando le gambe e facendo dondolare una scarpa: è un segno di seduzione.

Figura 9.26 - La propria dominanza viene sottolineata anche con atteggiamenti che evitano d'incrociare lo sguardo degli altri.

Ad eccezione del viso, le mani sono la parte del corpo più espressiva. Sono talmente importanti che sono mosse anche quando non devono fare niente. Gli oratori usano ampi gesti delle mani come la bacchetta di un direttore d'orchestra, per scandire i loro concetti.

Generalmente, vengono adoperate sia a sostenere il senso del parlato sia per evidenziare le parti maggiormente significative di un discorso. La gestualità delle mani è così radicata che può divenire un linguaggio di per sé, senza l'accompagnamento di alcune parola.

Figura 9.25 - Con le braccia a forbici s'intende respingere tutto un insieme di convinzioni o scelte che si disapprovano.

Figura 9.27 - Il pugno che percuote l'aria dà forza a una affermazione particolarmente aggressiva.

Figura 9.28 - Unire il pollice e le altre dita segnala l'intenzione di focalizzare un passaggio del proprio discorso.

Figura 9.29 - Le braccia conserte con i pugni serrati (forse anche le mascelle serrate), manifesta un'ostilità difensiva che è sul punto di degenerare in aggressione.

Figura 9.30 - Un braccio attraversa il corpo e afferra l'altro, che è lasciato inerte, o il dorso della mano. Oppure s'incrociano le braccia a protezione del patto, ma si dissimula il gesto confondendolo con altri (sistemandosi i polsini o l'orologio). Sono atteggiamenti difensivi che indicano disagio.

Figura 9.31 - Braccia conserte con presa (ciascuna delle mani afferra il bicipite dell'altro braccio) indica uno stato d'ansia.

Figura 9.32 - Tenere le palme delle mani, o protendere le mani con le palme alzate, è un segnale di sottomissione e d'inferiorità.

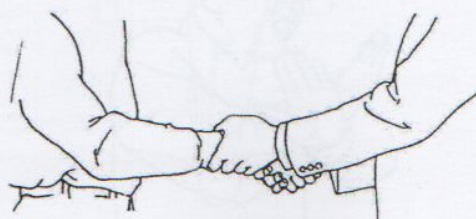



Figura 9.33 - Quando qualcuno intende dominare l'interlocutore, può involontariamente enfatizzare il saluto. Tra vecchi amici ciò può sottolineare il calore della riunione. Politici e uomini d'affari, invece, usano il gesto per esibire superiorità.

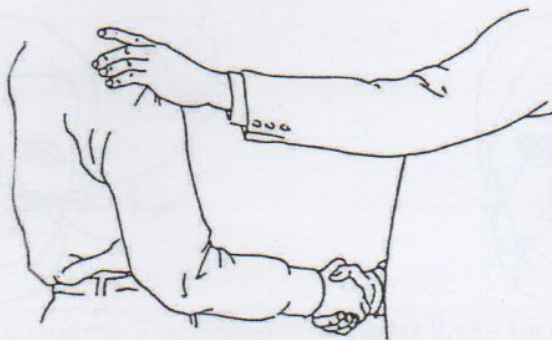



Figura 9.34 - Il saluto del predominio può essere fatto anche prendendo il braccio destro dell'interlocutore, oppure appoggiando, come nel disegno, il palmo della mano sinistra sulla sua spalla destra.

Le "espressioni del viso" sono diverse a causa della ricchezza dei muscoli facciali. Inoltre, le diversificazioni espressive possono essere date dalla semplice tensione dei muscoli e dal colorito.

Vi sono, soprattutto, tre livelli di segni espressivi che interessano la fisiognomica: 1) i "segni della fronte", che consistono in pieghe orizzontali e/o verticali causati dai muscoli frontali quando sono particolarmente tesi; 2) la "bocca" è un'altra enorme fonte d'informazioni; 3) gli "occhi" sono altri importanti strumenti comunicativi, e si va dal contatto oculare alle vere e proprie espressioni degli occhi (si ritiene che la percentuale delle informazioni che si scambiano durante un colloquio ricada l'80-90% sugli occhi).

Figura 9.35 - Il sorriso è il segno più evidente della felicità. Le palpebre inferiori si sollevano leggermente facendo comparire delle piccole rughe: gli angoli della bocca si tendono verso l'esterno e si alzano, le labbra si schiudono mostrando i denti; le guance si alzano e si gonfiano fino a coprire parzialmente gli occhi.

Figura 9.36 - La tristezza è un altro sentimento che si evidenzia soprattutto nel volto: gli angoli della bocca tendono a scendere, l'interno delle sopracciglia si solleva, gli occhi possono diventare lucidi per le lacrime.

Figura 9.37 - La sorpresa si esprime con la curvatura e il repentino sollevarsi delle sopracciglia, il formarsi di rughe orizzontali in mezzo alla fronte, gli occhi si spalancano e la mandibola scende lasciando la bocca aperta.

Figura 9.39 - Nel sarcasmo si esagerano i gesti che indicano approvazione o entusiasmo: un angolo della bocca viene alzato eccessivamente. Questo sorriso sbilenco indica una realtà ostile e sprezzante.

L'insincerità è solitamente ben mascherata, a tradirla sono, spesso, le espressioni fugaci che appaiono sul volto per meno di 1/5 di secondo. Queste micro-espressioni sostitui scono, per un attimo, la mimica volontaria. Ciò si registra inconsapevolmente: per questo, a volte percepiamo in una persona, apparentemente amichevole, come in realtà ci detesti.

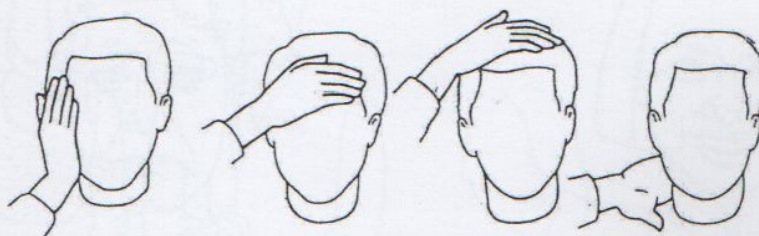



Figura 9.38 - La mimica facciale può venire aiutata da gesti della mano. Ad esempio, se ci si accorge di avere fatto una sciocchezza lo si può esprimere dandosi una manata sulla testa in quattro punti: 1) su un lato del viso; 2) sulla fronte; 3) sulla parte superiore del capo; 4) dietro il collo. La parte percossa è significativa: se un impiegato, ripreso per la sua negligenza, si dà una manata sulla fronte, probabilmente le critiche del capoufficio non sono preoccupanti: qualora, invece, si colpisse dietro il collo, potrebbe voler dire che il suo capo gli ha davvero dato "una bella mazzata".

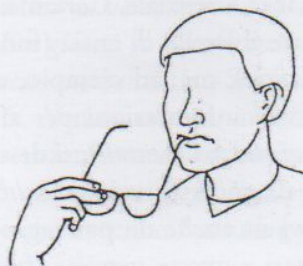



Figura 9.40 - L'incertezza e il nervosismo si esprimono anche con gesti futili, come togliersi gli occhiali e infilarsi una stanghetta in bocca.

Figura 9.41 - Un altro gesto difensivo è dato dal pizzicarsi una palpebra o grattarsi la testa.

• *Funzioni della comunicazione*

Attraverso l'invio di messaggi si ha l'obiettivo di ottenere dei risultati: il linguaggio, in ultima analisi, è un'abilità che serve a dominare una situazione. La comunicazione comporta dei vantaggi di cui ci ricordiamo e per i quali vi ricorriamo nuovamente: abbiamo appreso a comunicare perché abbiamo un retroterra mnemonico e perché ne ricaviamo dei giovamenti.

Dunque, il guadagno che si ricava dalla comunicazione risiede nelle sue funzioni, e queste finalità non solo sono varie ma possono anche ritrovarsi, più di una, in un unico messaggio. Ecco, qui di seguito, le diverse azioni di cui si fa carico il comunicare:

1) *strumentale*: è detta la funzione ricoperta allorché si cerca di ottenere qualcosa per la soluzione di un problema;
2) *controllo*: quando si prova di far fare all'altra persona ciò che si desidera, usata per incoraggiarlo o per punirlo (è una funzione manipolativa);
3) *espressiva*: qualora la comunicazione sia un mezzo importante per esprimere le emozioni, positive o negative che siano, che appartengano a noi o a un altro;
4) *informativa*: se serve ad arricchire le conoscenze, con delle informazioni o delle spiegazioni, sia spontaneamente che su richiesta;
5) *valutativa*: quando, in talune circostanze, con la comunicazione si cerca di valutare l'altro e d'essere valutati, cioè quando si mira ad essere considerati e visti dagli altri nella maniera in cui si desidera;
6) *contatto sociale*: è così indicata la funzione relativa al semplice interloquire tra persone, se si parla con altri senza alcuna pretesa ma semplicemente per stare assieme;
7) *alleviamento dell'ansia*: allorché una comunicazione si caratterizza attraverso messaggi finalizzati alla riduzione dell'ansia, condividendo, ad esempio, delle situazioni;
8) *ruolo*: se la comunicazione viene usata su richiesta di altri, come può essere un'associazione professionale, allora la sua funzione è quella di sottolineare il ruolo ricoperto in quel momento;
9) *stimolazione*: quando il comunicare serve per chiamare in causa un'altra persona, per invitarla ad entrare nella discussione stimolandola.

È evidente, perciò, che il comprendere le finalità di una comunicazione rappresenta un fattore utile per l'operatore che assiste delle persone in difficoltà, e che può trovare nella comunicazione uno strumento importante per analizzare le situazioni problematiche che via via si presentano. Questo sia per un confronto con i propri colleghi e sia per verificare, assieme all'utente, il problema, individuando le possibili soluzioni e, quindi, attuarle.

• *Comunicare nell'emergenza*

Una situazione d'emergenza è ciò che si determina successivamente ad un "evento critico", cioè ad un accadimento corrispondente a qualcosa: «... *che non doveva succedere!*». Ricordiamoci che la criticità è il risultato di un fatto improvviso, che invalida la nostra capacità di controllo e che dà la percezione di una minaccia.

Tipicamente, questi eventi sono incidenti, rapine, disastri naturali e violenze di vario genere, ma possono riguardare anche la perdita di una persona cara. Dal punto di vista cognitivo sconvolgono le certezze e le aspettative su come funziona il mondo: «*Il mondo è buono* (le cose brutte non capitano a me)!», «*Il mondo ha una logica* (il mondo è prevedibile)!» oppure «*Se si rispettano le regole si è al sicuro* (se mi comporto bene non mi succedono cose brutte)!

È evidente come un evento critico sia l'anticamera del trauma: infatti, non è improbabile, in tali occasioni, imbattersi in soggetti che vivono uno stato dissociativo. La dissociazione è un mutamento dell'attività associativa tra pensiero, emotività e comportamento, causando discordanza e incongruenza tra pensiero, affettività e comportamento: il dialogo diventa sconnesso e astruso, e i ragionamenti appaiono incongrui e legati con una logica confusa.

I ricordi si frammentano: la memoria delle percezioni affettive risiede nell'emisfero destro, mentre in quello sinistro si trova principalmente la memoria verbale legata alle definizioni e alle classificazioni. I ricordi giungono al *talamo* e da questo vanno all'*amigdala*, dove sono analizzate le peculiarità. Dall'*amigdala* si dirigono all'*ippocampo* che li seleziona per significato, per categoria e, quindi, li archivia interessando anche la *corteccia frontale*. Nel trauma i ricordi sembrano come un puzzle sparpagliato: quasi che si sia rotto il rapporto tra *amigdala* e *ippocampo*. Questa è la dissociazione.

Dunque: quali tipi di persone, reduci da un evento critico, ci si aspetta di trovarsi a gestire? Non è difficile rendersi conto che saranno persone confuse, con un alto livello di arousal, che possono mostrare schock, paura, rabbia, depressione e anche ottundimento emotivo. Si trovano in un momento di fragilità e di smarrimento: hanno la percezione d'aver perso il controllo della propria vita e di essere soli di fronte a un futuro sconosciuto.

Gli operatori sanitari devono riflettere su che cosa hanno bisogno queste persone, verso quali funzioni devono orientare la comunicazione e su cosa fare: il periodo immediatamente successivo all'esposizione a un incidente critico ha una importanza essenziale. Certamente vi è la necessità di ridurre il livello di ansia (funzione di *alleviamento dell'ansia*), ma, ad esempio, c'è pure il bisogno di ottenere informazioni per affrontare il problema (funzione *strumentale*), si devono acquisire dati per una diagnosi (funzione *valutativa*), è opportuno che vi sia anche un passaggio di informazioni tra i sanitari e queste persone (funzione *informativa*) e vanno precisate le varie competenze di chi interagisce anche nella situazione d'emergenza (funzione di *ruolo*).

Perciò, è opportuno, in generale, utilizzare le seguenti modalità:

- usare, se disponibile, un ambiente tranquillo dove far accomodare gli interessati;
- far bere dell'acqua (non alcolici): le persone angosciate tendono ad aumentare la frequenza respiratoria e a disidratarsi;
- presentarsi (è importante per comprendere il tipo di relazione);
- dare solo notizie certe, attenendosi ai fatti;
- rispondere «*Non so!*» alle domande per le quali non si conosce la risposta;
- utilizzare un linguaggio semplice, evitando tecnicismi propri degli addetti;
- i contenuti della comunicazione vanno incentrati su "*che cosa*", "*quando*", "*dove*" e su "*com'è avvenuto*" il fatto (si lavora in ambito cognitivo).

L'obiettivo è fornire loro elementi che aiutino a comprendere ciò che è accaduto, a rendere meno impervio il percorso di adattamento, a ridurre gli elementi di confusione e dare la percezione di non essere lasciati soli in questa circostanza.

Se la criticità è data dalla perdita di una persona per loro importante, nel comunicare notizie che riguardino il decesso è opportuno: 1) usare il nome della persona morta (personalizzare l'accaduto aumenta il senso di vicinanza e riduce l'isolamento); 2) cercare di non utilizzare termini quali "vittima", "defunto", "spirato" e così via (non sono d'immediata comprensione e richiedono uno sforzo cognitivo per realizzare che la persona non esiste più); 3) usare la parola "morto" (non si va per gradi); 4) porgere, ovviamente, le condoglianze.

È consigliabile non cadere nella tentazione di consolare o rendere meno doloroso l'evento usan-

cessità di
viamento
sogno di
roblema
dati per
portuno
oni tra i
ativa) e
i intera-
unzione
izzare le
anquillo
persone
equenza
ndere il
ti;
le quali
do tec-
incen-
"com'è
itivo).
utino a
meno
urre gli
di non
ersona
che ri-
nome
to au-
ento);
tima",
mme-
cogni-
più);
li); 4)
ne di
usan-

do espressioni come: «*La vita va avanti..!*», «*Il tempo cura le ferite..!*», «*Era giunto il suo momento..!*», «*So come si sente in questo momento..!*», «*Sia forte..!*» o «*Stia tranquilla/o..!*». Vanno evitate anche frasi che contengono locuzioni come "andarsene" o "perdere", del genere «*L'abbiamo perso..!*» oppure «*Se ne è andato..!*», poiché evocano fantasie e concetti di ritorno.

A questo punto è lecito porsi una domanda: "Tutto il personale può operare con soggetti reduci da un evento critico?" È un quesito importante, anche se solitamente sembra darsi per scontato che, al di là delle singole competenze professionali, tutti possano fare tutto. Ma in realtà non è così: non basta essere un bravo medico, un competente psicologo o un esperto infermiere per essere anche un abile comunicatore.

Chi si trova a lavorare con persone profondamente alterate, è opportuno che possieda delle caratteristiche ben precise. Non è il caso, in questa sede, di trattare compiutamente tutte queste capacità, ma almeno ricordare quelle fondamentali. Pertanto, per poter agire in maniera adeguata, è auspicabile che gli operatori siano: formati nell'intervento in situazioni di crisi, interessati e buoni ascoltatori, decisi ma contemporaneamente anche flessibili, dotati delle capacità di valutare rapidamente le situazione, orientati alla realtà e capaci di offrire accadimento, rassicurazione e sostegno.

Si tratta, per la maggior parte, di competenze che compongono il ventaglio delle "abilità sociali". Alcuni hanno avuto la fortuna, crescendo in un contesto ricco di relazioni e di validi esempi comunicativi, di sperimentarle fin da piccoli, per altri saranno il frutto di un perseverante e attento apprendimento, ma per altri ancora potranno rivelare i loro limiti nella gestione dei rapporti difficili.

• *Comunicare le cattive notizie*

Un'informazione diventa una "cattiva notizia" quando "modifica drasticamente, e in modo negativo, il punto di vista del paziente o del suo futuro", e la forza del suo devastante effetto dipende da quanto la persona già conosce o sospetta circa il proprio avvenire. Parlando di emozioni, l'informazione sconvolgente è improvvisa, minacciosa e oscura nelle previsioni, per cui genera incertezza, paura, ansia, insicurezza e aumenta la percezione individuale di vulnerabilità.

All'interno della struttura sanitaria i settori in cui vi è maggiore probabilità d'imbattersi in soggetti che si sono scontrati con un evento critico, e possono ricevere notizie negative, sono il "Pronto Soccorso" e l'"Oncologia". Nel caso del primo è necessario, generalmente, implementare delle procedure per la "comunicazione dell'emergenza", mentre nel secondo, l'oncologia, diventa preminente la necessità di gestire le cattive notizie.

Per diversi motivi, comunicare in ambito oncologico è una circostanza delicata: il termine stesso, "cancro", evoca una minaccia e tende a suscitare sentimenti d'impotenza e di morte. Ciò è talmente vero che, spesso, la comunicazione della diagnosi può delinearsi, per la persona interessata, come un autentico evento traumatico: francamente, bisogna ammettere che sentirsi dire «*Lei ha un tumore!*» è un fatto scioccante.

I contenuti della comunicazione alla persona con problemi oncologici e alla sua famiglia riguardano la diagnosi, i trattamenti e la prognosi. In questo particolare ambito della salute, è fondamentale che la comunicazione faccia riferimento al concetto di "informazione". In tutti i protocolli sanitari la funzione di "informare" ha sostituito quella di "dire la verità" nel trattare la malattia e il percorso di cura.

Non è un aspetto puramente formale, come potrebbe superficialmente apparire, ma si tratta di qualcosa di sostanziale: dal punto di vista linguistico e semantico, l'utilizzo di termini diversi influenza la percezione dei significati ad essi connessi e i comportamenti che ne discendono.

La "verità", nell'accezione ampiamente condivisa in sanità, non designa necessariamente la completezza informativa (cioè, "tutta la verità"), ma piuttosto tende a riferirsi ad informazioni parziali, selezionate in base a criteri e significati personali ("cos'è giusto dire?"). Invece, il concetto di "informazione" richiama, implicitamente ed immediatamente, ad un rapporto medico-paziente più paritario, meno paternalistico: è il dovere di rispondere alla richiesta di informazioni. Il suo contrario è

"tacere", non "mentire". Informando correttamente si crea un contesto di reciprocità nel rapporto curante-paziente.

Alcuni studi hanno messo in luce come la maggior parte delle comunicazioni tra medico e paziente, in oncologia, sono marcatamente contraddistinte da argomenti ostici e spesso spiacevoli per entrambe la parti. Nondimeno, è dimostrato che gran parte dello stress è dovuto proprio alla difficoltà di questa interazione.

L'errore maggiormente presente nella comunicazione oncologica sembra trovarsi in un linguaggio poco chiaro o non sufficientemente aderente alla realtà. Questo ostacola la ristrutturazione che la persona si trova a fare riguardo a speranze e ad aspettative realistiche. Inoltre, contemporaneamente vanifica anche il sostegno che può derivare dai famigliari essendo gli stessi male informati.

Comunque, tornando agli aspetti generali della comunicazione in sanità, è vero che riferire notizie avverse concernenti lo stato di salute o le aspettative di vita, spinge spesso gli interessati verso momenti di angoscia e di profondo sconforto. Tuttavia, bisogna ricordare che già nel 1993 l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva rilevato che "*... A breve termine la rivelazione* (della diagnosi-prognosi) *può provocare un impatto emozionale negativo, ma a lungo termine la maggior parte dei pazienti ha un buon adattamento*".

Gli studi relativi ci dicono che sono l'ambiguità e l'incertezza a causare il maggior aumento del distress psicologico, come riportato dai pazienti stessi. Motivo per cui è regola generale quella di fornire "*... Tutte le informazioni che si ritengono necessarie e utili affinché il paziente possa realmente scegliere consapevolmente*" (Marco. L. Bellini et al.). È necessario, a questo punto, precisare che "*... Non a tutti vanno rivelate tutte le notizie sul proprio stato: va prima chiesto all'interessato stesso cosa desidera sapere*".

Quindi, la giusta informazione, nella giusta dose, deve essere data al momento giusto e l'effetto deve essere oggetto di una successiva nuova valutazione. Le notizie fornite devono essere adattate al back-ground della persona, al suo livello di istruzione, alla sua disponibilità a conoscere una realtà personale emotivamente impegnativa e devono essere sintonizzate al suo stato emozionale.

Un protocollo recente, pensato in funzione del comunicare cattive notizie, è quello di Baile, Bukman e coll. (2000), denominato con l'acronimo *SPIKES* (ingl. *aganci*):

- ***S = Setting - up*** : iniziare preparando il contesto e predisponendosi all'ascolto;
- ***P = Perception*** : valutare le percezioni del paziente, ovvero cercare di capire quanto la persona sa già e l'idea che essa si è fatta dei propri disturbi;
- ***I = Invitation*** : invitare il paziente ad esprimere il proprio desiderio di essere informato o meno sulla diagnosi, la prognosi e i dettagli della malattia;
- ***K = Knowledge***: fornire al paziente le informazioni necessarie a comprendere la situazione clinica;
- ***E = Emotions*** : facilitare la persona ad esprimere le proprie reazioni emotive rispondendo ad esse in modo empatico;
- ***S = Strategy and Summary***: discutere, pianificare e concordare con la persona una strategia d' azione che prenda in considerazione le possibilità di intervento ed i risultati attesi, lasciando spazio ad eventuali domande, valutando quanto la persona ha effettivamente compreso e, infine, riassumere quanto detto.

Nell'ambiente sanitario, l'idea che non si dovesse mai comunicare una notizia infausta si è mantenuta sino agli inizi degli anni sessanta del secolo scorso. Ma alla fine degli anni settanta, sempre del secolo scorso, questa posizione ha iniziato ad incrinarsi. Una ricerca, condotta negli Stati Uniti (1979), indicava che nel 1961 erano il 90% i medici che non informavano i pazienti in caso di diagnosi di cancro, ma dieci anni dopo questa percentuale era drasticamente scesa al 3%.

Uno studio internazionale, compiuto da Holland e coll. nel 1987, ha rivelato che in alcuni Paesi la diagnosi oncologica veniva riferita da oltre l'80% dei medici (Austria, Danimarca, Finlandia, Nuova Zelanda, Norvegia, Olanda, Svezia e Svizzera), mentre in altri la medesima informazione veniva data a meno del 40% dei pazienti (Francia,

Giappone, Italia, Panama, Portogallo, Spagna e Ungheria). Un atteggiamento comune a tutti questi Paesi, però, era che la maggioranza dei medici comunicava la diagnosi solo ai famigliari.

• ***Effetti della comunicazione-informazione***

Una ricerca condotta da Tamburini e coll. (2000), per indagare sui bisogni dei pazienti in fase diagnostica, ha indicato che il 74% delle persone desiderava avere informazioni sulle proprie condizioni future e il 56%, invece, era interessato solo alla condizione presente. Se ne conclude che la maggioranza delle persone con problemi di salute è preoccupata soprattutto della prognosi della malattia, mentre la diagnosi, di per sé, tende ad essere percepita come un fattore meno inquietante. Questo è tanto più vero quanto più la malattia è in grado di evocare fantasie di dolore e di rovina.

L'informazione è uno strumento terapeutico: per essere utile deve ridurre l'incertezza del paziente, aumentare le sue abilità, agire nel suo migliore interesse e rafforzare la relazione tra operatori e paziente. È bene essere consapevoli che l'informazione dà significato agli eventi, ed è fondamentale che, per essere credibile, venga trasmessa da una persona di fiducia.

La conoscenza delle informazioni inerenti lo stato di salute è regolata da norme giuridiche, da indicazione deontologiche e da motivazioni etiche. Tuttavia, le ricerche attuali dimostrano ancora una significativa difficoltà nella scelta tra tacere o rendere nota la diagnosi e la prognosi, con valori che non arrivano a superare 50% di medici che le comunicano. Percentuale che, invece, sale a ben il 90% per l'informazione rivolta dagli addetti ai famigliari.

Chi fa della tutela della salute la propria professione, deve riconoscere che non tutta l'informazione riduce l'ansia: "*Il tempismo, la natura e il livello di dettaglio dell'informazione fornita ai pazienti influenzano la possibilità che possa verificarsi una riduzione o un aumento dell'ansia*". Comunicare notizie relative allo stato di salute ha come obiettivo l'autonomia e l'autodeterminazione della persona e, in definitiva, il miglior adattamento possibile alla malattia.

L'informazione, completa ed esauriente, costituisce il prerequisito per una relazione tra curante e curato che sia realmente terapeutica e rispondente a precisi bisogni psicologici. Questo tipo di informazione mostra le seguenti caratteristiche:

- mitiga gli stati emotivi, quali l'ansia e la depressione;
- favorisce il controllo, attraverso la comprensione e la verifica;
- agevola l'adattamento alla malattia mediante l'attivazione di strategie cognitive e comportamentali per affrontare lo stress (coping), basate sul confronto e sulla razionalizzazione;
- permette il coinvolgimento nelle scelte e migliora la compliance;
- sostiene l'autonomia psicologica e culturale del paziente;
- accresce l'autostima;
- rafforza la relazione medico-paziente e, più in generale, operatori-ammalati;
- contrasta i pregiudizi e le convinzioni non realistiche;
- aiuta una migliore gestione dei sintomi.

La tipica situazione che viene a crearsi di fronte alla conoscenza di una grave malattia è che gli operatori sanitari, in particolare i medici, temono la mancanza di una piena collaborazione da parte del paziente, i famigliari sono preoccupati per le decisioni che prenderanno i medici e il paziente è intimorito dagli eventi che, pur comprendendoli, non può condividere. L'informazione ha il potere di sciogliere i nodi di questo complesso intreccio.

Dal punto di vista psicologico, individuare una malattia col suo nome rende possibile tracciarne un profilo in evoluzione, con le ipotesi di cambiamento ed eventualmente di una possibile cura. Spesso gli operatori si trovano nella condizione di vivere, contemporaneamente, sia la prognosi scientifica della patologia e sia le aspettative emozionali del paziente.

Nel comunicare una prognosi sfavorevole è sempre presente una certa riluttanza, al fine di infondere e mantenere la speranza. Sicuramente la speranza è un fattore importante per il trattamento, ma anche nelle situazioni più critiche "*la speranza va bilanciata con l'onestà*": «.. *Per una malat-*

tia in fase terminale l'obiettivo può essere il controllo e non la cura. Il controllo è un ragionevole obiettivo del trattamento, che comunica speranza e realtà al paziente e prepara alla progressione della malattia.. Altra speranza è il sollievo dal dolore o di una buona morte.» (Marco L. Bellini e coll.).

Pfeifer e coll. (1994) hanno rilevato che i pazienti desiderano discutere in modo chiaro ed onesto con i medici anche i trattamenti di fine vita, e che ciò mantiene comunque la speranza. Certo, non la speranza di guarigione ma la speranza, realistica, di affrontare l'inevitabile nel modo, medico e psicologico, migliore possibile.

La comunicazione "assertiva"

Nelle interazioni sociali è chiesto di esprimere le proprie opinioni, pensieri, desideri, emozioni e sentimenti. Il comportamento e la preoccupazione nella gestione del dialogo, in questi casi, sono sostanzialmente riconducibili a tre strategie comunicative: «*Copro le mie intenzioni per non creare una situazione sgradevozle e antipatica?*», «*Espongo il mio parere in modo educato e rispettoso?*» oppure «*Dico il vero, e sostengo le mie convinzioni perché è giusto dire pane al pane?*».

Proviamo, ora, ad esaminare questi tre stili con un po' più di attenzione. Nel primo caso si tratta di una comunicazione denominata "passiva" ("*non manifesto il mio punto di vista in cambio della tranquillità*"), dove non si esprimono critiche agli altri per non offenderli, sembrare cattivi, rovinare il rapporto o, comunque, provocare reazioni negative. Però, così facendo, gli altri seguiteranno a fare ciò che ci mette a disagio: da qui ne ricaviamo ansia, un calo dell'autostima, isolamento, depressione e i relativi disturbi psicosomatici (mal di stomaco, necessità di andare frequentemente in bagno, senso di oppressione al petto e via dicendo).

Nel secondo esempio lo schema comunicativo appare più "equilibrato" ("*comunico le mie idee in modo educato*"), consentendo di manifestare le proprie rimostranze agli altri in modo cortese e, per così dire, "diplomatico". Le aspettative sono sia di conservare un buon rapporto con gli altri, e sia che vengano accolte le nostre richieste.

Nella terza maniera di esprimersi emerge il bisogno d'imporsi ed è indicata come "aggressiva" ("*Il mio parere è giusto e devono ascoltarmi*"), ed essendo le richieste sentite come un attacco producono reazioni di allontanamento. Così ci si ritrova, anche in questo caso, a provare ansia, senso di colpa, depressione e sentirsi incompresi.

È evidente che delle tre modalità è la seconda quella che appare la più corretta (esprimere il proprio punto di vista in maniera "rispettosa"), ma è bene precisare il senso dei termini "educato" e "rispettoso". Cosa significa, infatti, essere educati e rispettosi? Vuol dire: girare attorno a ciò che si vorrebbe dire? In questo caso si cade nel "non dichiarare esattamente quello che si pensa". O forse per rispetto s'intende: avere riguardo per se stessi e sostenere le proprie convinzioni senza peli sulla lingua? Ma così si finirebbe per adottare uno stile quasi sovrapponibile a quello di "imporre la propria verità". E allora?

Allora è opportuno comunicare il proprio parere in maniera chiara, evidenziare che è relativo a se stessi, non usare giri di parole, prendere l'iniziativa, cercare di raggiungere i risultati in modo propositivo, essere disponibili a confrontarsi con gli altri e a collaborare, rifiutando compromessi e mantenendosi sempre su un piano di lealtà. Abbiamo dei diritti e li facciamo rispettare, così come dobbiamo rispettare i diritti altrui: il rispetto e le buone maniere si trovano nella sincerità della comunicazione. Questa è l'"assertività", e il galateo non centra per nulla.

"Asserire" discende dall'inglese "*to assert*"; "far valere", "affermare" ma anche "mettere in libertà". In italiano ha il valore di affermare, assicurare, dire di "sì", da qui la comunicazione che aderisce a questo principio viene detta "assertiva" o "affermativa". In un'estrema sintesi può essere definita come: "una comunicazione che si basa sul principio del rispetto per se stessi e per gli altri, e si realizza nell'accettare le idee e i comportamenti altrui senza rinunciare ai propri".

L'assertività nasce dall'osservazione del comportamento sociale degli individui, ma la sua applicazione clinica, cioè l'"Assertive Training", trova il suo fondatore nello psicologo americano J. Wolpe

(1915-1997), che si collega agli studi sull'autoaffermazione, in ambito clinico, compiuti da Andrea Salter (1949).

L'assertività interessa la comunicazione interpersonale, rientrando, di conseguenza, tra le competenze sociali. Tale abilità fa riferimento alle seguenti caratteristiche: *a*) capacità di rispondere in modo idoneo agli stimoli esterni; *b*) competenze relative alla comunicazione; *c*) perizia di inibire lo stato ansioso nel corso di risposte elaborate. Le risposte si definiscono idonee quando promuovono l'adattamento sociale e inibiscono l'ansia.

In ottica clinica, è evidente il vantaggio che consegue dal poter esprimere il proprio punto di vista e manifestare il mondo interiore, soddisfare i bisogni emotivi, fisiologici, sociali e biologici. La persona assertiva si distingue per essere autosufficiente nei rapporti con gli altri, spontanea nel manifestare i sentimenti, fiduciosa e, pertanto, rispettata e stimata.

Il comportamento assertivo è l'espressione finale di un modo di pensare e di realizzare le relazioni con gli altri, è uno stile comunicativo che rispecchia una precisa forma culturale. Il terreno in cui affondano le sue radici è formato dai seguenti 10 "diritti", che sono le regole fondative dell'assertività:

1 il diritto di avere idee e opinioni personali, che possono anche non corrispondere a quelle degli altri;
2 il diritto che tali idee e opinioni vengano presi in considerazione dagli altri, anche se non condivisi;
3 il diritto di poter cambiare queste idee e opinioni senza dover dare delle spiegazioni o scuse;
4 il diritto di avere bisogni e necessità anche diverse da quelle degli altri;
5 il diritto di chiedere, senza pretendere, che gli altri soddisfino i propri bisogni o necessità;
6 il diritto di dire «*No!*» a delle richieste, senza sentirsi per questo in colpa;
7 il diritto di poter anche sbagliare, in quanto essere umano;
8 il diritto di far sì che gli altri rispettino i propri diritti;
9 il diritto di essere realmente se stessi, anche se ciò non corrisponde alle aspettative degli altri;
10 il diritto di dire «*Non capisco!*» o «*Non so!*»;

Viene ora la domanda pragmatica sul training assertivo: come si applica, e in quali situazioni sociali? È palese che, essendo la specie umana caratterizzata dalla vita in gruppo, la socialità è presente pressoché in ogni agito, ma per facilitare l'apprendimento e aiutare la comprensione dei concetti conviene sintetizzarla solo in alcuni contesti. Le comunicazioni che solitamente avvengono tra le persone riguardano quattro momenti: 1) l'esprimere un desiderio o un bisogno, difendendosi dalle ingerenze altrui (tecniche di persistenza); 2) fare una critica e saper gestire le critiche che si ricevono dagli altri; 3) fare un complimento e ricevere un complimento; 4) disarmare la propria e altrui collera.

• *Esprimere un desiderio e difendersi dai desideri altrui*

Svariate occasioni d'interazione con gli altri sono all'insegna del comunicare i propri desideri, o richiedere la soddisfazione di propri bisogni. Esprimere in modo inadeguato tali esigenze può dar luogo a malintesi e fraintendimenti, che comportano, a loro volta, risentimenti e reazioni incongrue con le intenzioni iniziali, generando tensione, depressione o rabbia. Pertanto, anche il semplice manifestare un desiderio ha il suo peso nelle relazioni sociali. In simili casi si utilizzano delle "tecniche di persistenza".

• **Esprimere un desiderio o un bisogno**, significa cercare una soddisfazione alle proprie esigenze: il pericolo maggiore è che tale richiesta assuma le caratteristiche di una costrizione. Il primo scopo di una comunicazione è la sua comprensione, e a tal proposito è bene ricordare che la comunicazione è "*qualcosa che subisce delle trasformazioni*" passando da una persona ad un'altra, da un emittente a un ricevente.

Uno dei modi principali, per evitare equivoci, è quello di usare meno parole possibili ed essere chiari nelle proprie richieste: infatti, più il discorso è semplice e minori saranno le probabilità d'interpretazioni sbagliate. Proviamo ad immaginare che un nostro conoscente, vincolato dal mito dell'obbligo, sapendo che possediamo un'auto si rivolga a noi in questo modo: «*Dovrei andare in ospedale per una visita, ma non so come fare. Tutti hanno i loro*

impegni, ed è brutto quando non si ha la patente e bisogna spostarsi. D'altronde, chi ha l'auto la usa per sé: anche tu hai il tuo bel da fare. Rimane, comunque, il fatto che si conoscono tante persone, ma quando hai bisogno ognuno ha la propria famiglia a cui badare.».

Timorosa d'infastidirci, la persona non ci rivolge direttamente la richiesta di accompagnarla ma "manovra" in modo che siamo noi ad offrirci. Dal suo punto di vista non ci ha obbligato, in quanto ci siamo fatti avanti spontaneamente. Tuttavia, una tale maniera di comunicare risulta fastidiosa poiché tende a farci sentire in colpa se non diamo la nostra disponibilità: ci sentiamo quasi costretti. In futuro, probabilmente, cercheremo di evitare, per quanto possibile, di trovarci soli con questa persona.

Ben diversa sarebbe stata la vicenda se ci avesse, semplicemente, chiesto: «*Devo andare dopodomani a una visita medica: ti è possibile accompagnarmi? Altrimenti come, secondo te, potrei fare?*». Forse ci saremmo offerti ugualmente, ma di sicuro non sentendoci, moralmente, costretti.

• **Difendersi dalle richieste indesiderate** degli altri, è un'altra condizione tipica delle dinamiche sociali umane: a fare domande possono essere famigliari, colleghi di lavoro, amici e anche estranei. Se fa piacere accogliere tali quesiti, allora, non c'è alcun problema, ma le difficoltà insorgono qualora fossero indesiderati: il nodo principale, in questi casi, è il disagio nel negare il proprio consenso. Ricordiamoci che tra i "diritti" assertivi vi è anche quello di "dire «*no!*» alle richieste altrui" e rimanere sereni.

Una prima tecnica, da utilizzare con conoscenti, è il *fogging* (ingl. *annebbiamento*), che si traduce nel non scoprirsi e rimanere nel vago: ad esempio, di fronte alla richiesta di esprimersi riguardo i progetti di una persona, si può rispondere: «*Sì, ha delle idee interessanti: ci sto riflettendo. Ci sono anche punti che mi lasciano qualche perplessità, però merita una riflessione!*». Non si dice né "*sì*" né "*no*", lasciando sospesa la decisione.

Un modo radicale per non rispondere è, però, quello di cambiare discorso, ovviamente dopo aver fatto gentilmente presente che l'argomento non è gradito: ad esempio, alla richiesta di parlare delle vicende personali di un comune amico si può dire: «*Non ho voglia di discutere di queste cose, parliamo piuttosto di altro: sai che stasera, in televisione, fanno vedere la diretta di un concerto? Lo guardi anche tu, o preferisci altri programmi?*».

Una seconda maniera, da applicare soprattutto con estranei, è detta *broken record* (ingl. *disco rotto*), perché ricorda i dischi di vinile che, usurati, s'inceppavano ripetendo sempre la stessa nota. Il concetto di fondo è che il negare sostegno alle richieste altrui porta a sentirsi in colpa, e ciò genera il bisogno di giustificarsi; queste scuse vengono sfruttate, da chi chiede, come aggancio per rinsaldare il suo scopo. Poniamo che un venditore, porta a porta, proponga l'acquisto di un prodotto, e gli venga risposto che l'abbiamo già: «*Ma questo è nuovo, con gli ultimi aggiornamenti.*», che non si vuole spendere denaro «*Lo si può pagare tranquillamente a rate.*», che dobbiamo sentire altri della famiglia «*Non c'è problema: lo provate e ci rivediamo la prossima settimana.*». Insomma, non ne usciamo. Il modo è di diventare una specie di lastra di vetro che non offre alcun appiglio, e questo avviene ripetendo sempre le medesime parole: «*Ho già questo prodotto e non sono interessato.* "Ma..." *Non mi interessa.* "Però..." *Non mi interessa.* "Se..." *Non mi interessa.*». Il tutto mantenendo sempre un atteggiamento tranquillo e cortese.

Vi è anche il caso in cui si desidera aderire a una richiesta, ma ciò non sia possibile nell'immediato. Allora, l'atteggiamento migliore è di informare della propria diversa disponibilità: ad esempio, di fronte a un invito ad uscire, il dire «*Mi spiace, ma stasera ho degli impegni. Però domani sono libero: ti va bene se rinviamo a domani?*», è molto diverso che affermare «*Mi spiace ma non posso. Grazie lo stesso: sarà per un'altra volta.*», Nel secondo caso, il malumore potrebbe generarsi dal dubbio che l'impegno per non uscire sia una scusa, e quindi di non essere ben accetti.

• Fare una critica e gestire le critiche altrui

Fare degli appunti alle persone, così come il riceverli, è uno dei momenti di maggior tensione: sono occasioni in cui è estremamente facile scatenare irritazioni e sensazioni negative. Anche questi sono momenti da gestire con oculatezza.

Nel fare delle critiche è opportuno tener presente che queste si possono distinguere, sostanzial-

mente, in due categorie: quelle "distruttive" e quelle "costruttive".

Una critica distruttiva s'individua, soprattutto, perché causa sofferenza, ed è spesso anche inutile, nel senso che non offre rimedi. Dire a una persona: «*Insomma, non sai proprio vestirti!*», fa star male e non risolve niente. Infatti, come può rimediare a questa ipotetica mancanza di eleganza? Deve cambiare l'accostamento di colori? Ha bisogno di un modello diverso di scarpe? Oppure, è la camicia che non va? Non è dato di sapere la soluzione. La critica distruttiva è un virus che può annidarsi anche in affermazioni non rivolte direttamente alla persona: ad esempio dire a qualcuno che sta guardando un programma televisivo «*Mi domando: come si fa a guardare una trasmissione così stupida?*» non riempie certo d'orgoglio.

La critica costruttiva, invece, causa poca o nessuna pena, e si caratterizza per offrire sempre dei possibili rimedi. Tornando sull'esempio precedente, rivolgersi in tal modo: «*Non mi piaci vestita così: col colore dei tuoi capelli, secondo me, ti starebbe meglio un maglione rosso.*», causerebbe infinitamente meno fastidio. Ovviamente, non vi è alcuna pretesa che la persona cambi il suo maglione per seguire la nostra opinione.

Cosa differenzia le due modalità, generando malessere? Intanto, la personalizzazione della critica: in quella distruttiva si aggredisce direttamente l'individuo (è la *persona* ad essere difettosa), mentre nella critica costruttiva non viene dato nessun giudizio sul soggetto ma ci si rivolge solo al problema (il *colore* della maglia). Poi, la critica distruttiva presenta l'osservazione come un fatto certo e dotato di un valore assoluto; invece ,la critica costruttiva mette in evidenza che si tratta di un proprio punto di vista, così si relativizza il giudizio: più l'oggetto di analisi è dettagliato e definito, allontanando in tal modo l'impressione di essere una sentenza sulla persona, e maggiore sarà il valore costruttivo che assume.

Se si dovesse individuare una "cognizione–guida" dello stile assertivo-costruttivo nel fare le critiche, questa, probabilmente, sarebbe: «*Quello che a me non va bene potrebbe, invece, piacere a qualcun altro. Perciò, è un problema mio!*». Questo, probabilmente, potrebbe evitare la tentazione di dare un valore biblico a quelli che sono, il più delle volte, semplicemente dei pareri personali.

Ricevere una critica, e gestirla, è l'altra grande abilità richiesta nelle relazioni sociali. Essere criticati secondo uno stile distruttivo, fa sentire la persona come aggredita, e la reazione naturale a questa percezione è la rabbia: perciò, nel gestire questa situazione, occorrono nervi saldi e lucidità verso i propri obiettivi.

In questo caso, lo stile assertivo si realizza in quella che viene indicata come "l'inchiesta negativa". Di norma, chi fa una critica distruttiva è adirato e tende a scaricare la propria frustrazione sull'altro. Sappiamo che chi prova collera perde la capacità di mettersi nel punto di vista altrui, e che la critica tende ad essere generalizzata e imprecisa: l'inchiesta negativa si propone di rimediare a tali aspetti.

Attraverso una serie di domande, si accompagna l'accusatore dall'aggressione verbale, per una mancanza, al collaborare per la soluzione. L'inizio è dato dall'ammettere con sincerità il proprio errore e rendere palese il proprio stato d'animo davanti alle rimostranze dell'altro, così da richiamarlo all'empatia. Poi, attraverso una serie di domande, si cerca di circoscrivere sempre più dettagliatamente l'oggetto della critica. Infine, si coinvolge l'interlocutore nella soluzione al problema.

Pensiamo ad un caposala che si rivolga così a un infermiere: «*La richiesta di consulenza è partita in ritardo: non è ammissibile che dopo tanti anni lei faccia di questi errori!*». Il dialogo dovrebbe proseguire così: I.«*Mi mette a disagio che mi dica questo:cosa ho sbagliato?*»; C.«*C'era un'importante richiesta di consulenza da inoltrare, e lei non l'ha fatto.*»; I.«*Mi dispiace. Ho spedito diverse richieste, poi dei pazienti hanno chiamato e ho sospeso il lavoro: sono in seria difficoltà a curare anche la parte burocratica.*»; C.«*Non importa: è un'incombenza che non si può trascurare*», I.«*Di cosa si trattava?*»; C.«*Era una richiesta al Dr.X per un parere urgente.*»; I.«*È difficile seguire sia i pazienti e sia le consulenze da inviare*»; C.«*Bisogna, comunque,dare precedenza alle urgenze.*»; I.«*Come si potrebbe rimediare? Cosa farebbe al posto mio?*»; C.«*Si potrebbero mettere le consulenze*

urgenti in un contenitore distinto dagli alti, così si faciliterebbe la priorità.»; I.«*Allora farò così. Grazie!*».

Alle volte, succede che ci si trovi ad esprimere una critica che è quasi un desiderio: questo avviene allorché si danno dei consigli. Un punto fondamentale dei consigli, è che si crea meno malessere e, contemporaneamente, si aumenta la probabilità d'essere ascoltati quando si parla nell'interesse dell'interlocutore. Infatti, vi è una bella differenza nel dire: «*Vedi di cambiarti d'abito, perché mi vergogno a farmi vedere assieme a una persona vestita così..!*», invece che: «*Perché non ti metti quell'abito: ti sta molto meglio e fa risaltare la tua carnagione.*». È evidente come, nel secondo caso, la comunicazione sia decisamente migliore.

Sembra sia una modalità facile e logica? Eppure, proviamo a pensare quante volte si è sentito dire, dai genitori ai figli, questa frase: «*Torna a casa presto: lo sai che non riesco a dormire finché non rientri!*». Il punto debole di questo appello è che si chiede di rinunciare a un evento piacevole, come il divertirsi con gli amici, per soddisfare un bisogno che non è loro ma di altri. È logico che, davanti a una richiesta/critica così annunciata, cercheranno di divincolarsi: infatti, quasi sempre i figli non ubbidiscono e, quando lo fanno, sono contrariati. E non si risolve la questione relazionale semplicemente sentenziando sul fatto "che vogliono solo spassarsela".

• *Fare i complimenti e riceverli*

Gli apprezzamenti sono una delle, manifestazione più piacevoli nelle relazioni umane, anche se la maggior parte delle persone ne fa un uso assai parsimonioso. Il perché di questa propensione a limitare le lodi, sta un po' nell'educazione e un po' nella naturale tendenza degli esseri umani a prestare attenzione soprattutto alle minacce o a ciò che disturba, a garanzia di una maggiore qualità della vita e di sopravvivenza. Nella tensione dell'esistenza prevale l'interesse a proteggersi da tutto quanto abbia connotazioni di pericolo: perciò, è molto facile lasciare spazio più alle critiche che ai complimenti.

Eppure, felicitarsi con gli altri comporta molti aspetti positivi. Intanto, mettendo in risalto le parti migliori di chi ci attornia, allenta la tensione sociale e incute maggiore fiducia nelle relazioni. Questo progresso nei rapporti, poi, trascina con sé un giovamento nella propria autostima, una facilitazione nell'accettazione degli altri e un consolidamento dei contatti sociali. Infatti, non è possibile nutrire sentimenti di amicizia, o persino di amore, con chi ci disprezza e ci sminuisce: invece, vi è sincera simpatia e calore umano con chi ci stima e che noi, di rimando, a nostra volta stimiamo.

Fare i complimenti richiede, innanzitutto, sincerità: ogni persona sana è pienamente consapevole del suo stato, e ricevere congratulazioni per qualcosa che si sa essere falso finisce per assumere le sembianze dell'ironia o del sarcasmo. Perciò, è bene non rivolgersi mai, a una persona abitualmente ritardataria, con parole simili: «*È un piacere organizzare qualcosa con te: sei di una puntualità svizzera!*». L'ipocrisia, si sa, è madre della rabbia e del rammarico, due emozioni che certamente non collaborano a rinsaldare gli affetti.

Oltre alla sincerità dei complimenti si deve considerare anche il lato, per così dire, quantitativo: è possibile che un eccessivo compiacersi possa sfociare, addirittura, in un comportamento d'adulazione, e questa specie di compulsione ad approvare gli altri rende antipatici e disprezzati. Inoltre, una sovrabbondanza di congratulazioni, anche se rispondenti al vero, conduce inevitabilmente a intravedervi aspetti manipolativi e, di conseguenza, a un sentore di falsità.

Quindi, riassumendo, i complimenti esprimono tutta la loro positività quando nascono spontaneamente, riflettono aspetti veri ed evidenziano caratteristiche significative delle persone. In questi casi, sono un gradito e potente lievito sociale.

Ricevere dei complimenti è l'altra faccia della medaglia, e amministrarla in modo maldestro implica, spesso, conseguenze infelici. Manifestare apertamente il proprio livello di gradimento per degli apprezzamenti ricevuti, innesca in molte persone un senso d'imbarazzo e di timore: disagio perché vedono nei complimenti una manifestazione di superiorità che rende invisi agli altri, apprensione perché hanno paura, per questo, d'essere evitati e abbandonati dal gruppo.

Dinnanzi alle congratulazioni diventano schivi, sminuendo persino i propri meriti. Perciò, dopo

un apprezzamento professionale, possono reagire in questi termini: «*È il mio lavoro: faccio solo quello che bisogna!*», togliendo in tal modo valore al proprio impegno. In altre parole, sono vittime del "mito della modestia": cioè, della credenza che dei veri sentimenti di affetto e stima non vadano d'accordo con affermazioni di bravura, che temono possano essere interpretate come espressioni di arroganza e prevaricazione.

Questo comportamento risalta ancora di più quando ricevono dei regali: «*Grazie dei cioccolatini: però mi faranno ingrassare.*», oppure «*È una bella pianta: Dovrò prendermene cura per evitare che muoia.*», e anche «*Grazie dei fiori, ma non dovevi: poi appassiscono..!*». Mostrare tutta la loro soddisfazione lo ritengono un segno di boria, perciò la accompagnano sempre con aspetti che ne contrastino l'intensità. Tuttavia, questo sminuire il piacere non reca contentezza a coloro che fanno i regali: si tratta di affermazioni che non incoraggiano certo a futuri, ulteriori, omaggi.

Per essere assertivi, bisognerebbe accettare i complimenti e dichiarare sinceramente il proprio apporto. Ad esempio, di fronte ad un'affermazione così: «*Sei stata bravo in quel lavoro!*», sarebbe meglio rispondere «*Grazie: sono contento di aver raggiunto l'obiettivo. Mi sono impegnato molto ed è stato faticoso, e quello che mi dici mi fa davvero felice.*».

• *Gestire la propria e altrui collera*

Provare rabbia nel corso delle interazioni sociali è un fenomeno tutt'altro che raro, poiché vi possono essere diverse occasioni in cui gli interessi dei presenti non coincidano. Si tratta di circostanze in grado d'indurre recriminazioni, dispiaceri e rivendicazioni, che danno luogo a rabbia più o meno esternata.

Per poter disarmare questi momenti di rancore, è necessario approfondire un po' la conoscenza della rabbia. Si dice che la "rabbia è cieca", tuttavia vi è comunque un momento, all'interno del processo di collera, in cui viene conservata la capacità di valutare i "pro" e i "contro" dell'azione che si vuole intraprendere. Lo sviluppo dell'ira può venire distinto in quattro fasi: 1) accertare che vi sia stata una violazione ai propri diritti; 2) valutare le forze in campo, proprie e altrui, per decidere se attaccare oppure no; 3) attaccare; 4) fase della risoluzione dopo l'attacco, in cui calano le energie e si rientra nello stato iniziale.

Lo stadio in cui si può agire per controllare la condizione di irritazione è, evidentemente, il secondo, nel quale avviene la decisione. Infatti, un intervento sulla prima fase si può facilmente trasformare in un ulteriore diverbio, che finirebbe per accrescere ancora di più la rabbia, mentre operare sugli altri è un "chiudere la stalla quando i buoi sono già scappati", per usare una frase fatta.

Si è già visto come il corretto uso dell'inchiesta negativa sia in grado di ridurre la collera, e spegnere un attacco quasi sul nascere. Tuttavia, vi sono casi in cui fare domande non è opportuno, ad esempio quando l'intensità della rabbia è decisamente elevata. In queste occasioni, fare domande sbagliate potrebbe, addirittura, peggiorare la situazione: dire «*Ma perché ti arrabbi così tanto per questo?*» può essere percepito come una critica sull'equilibrio emotivo.

È anche un'esperienza, abbastanza comune, quella di provare una profonda irritazione quando, agitati perché non troviamo una cosa, ci viene detto: «*Calmati! Devi cercare con pazienza.*». Un consiglio comunicato così, come un ordine, non solo è vissuto come una critica, ma ci mostra anche tutta la distanza dell'altro dalla nostra condizione emotiva.

L'unica cosa da fare, nelle occasioni in cui l'atmosfera si surriscaldi un po' troppo, è quella di guadagnare tempo al fine di riprendere, successivamente, con più serenità. Non si deve analizzare la validità delle cause all'origine dello scontro, ma si porta l'attenzione sul vantaggio di affrontare le divergenze con un animo più lucido. Ovviamente, in questa fase, le posizioni dei contendenti saranno assolutamente paritarie, perciò sarà opportuno evitare di dire: «*È bene che tu ti dia una calmata, e poi ne parliamo.*», ma piuttosto: «*Siamo tutti nervosi: è meglio fermarci e discuterne più tardi, quando saremo più calmi.*», in tal modo non si colpevolizza nessuno.

Si dichiara, pertanto, in modo comprensibile e sincero, la propria decisione di "guadagnare tem-

po" al fine d'essere emotivamente più controllati. Nel caso l'ira fosse la propria, è opportuno che la pausa, prima di affrontare l'argomento in discussione, venga presentata come una personale necessità: «*Preferisco quietarmi un po', prima di trattare la questione: sono troppo arrabbiato per discuterne razionalmente.*».

Ostacoli all'assertività

Ad impedire che si realizzi una comunicazione assertiva, vi sono dei "miti" in grado di distorcere la percezione di se stessi e della realtà. Alla base di questi miti si trovano diverse convinzioni, che creano un fecondo terreno per degli errori cognitivi: si tratta di stili di pensiero che propongono strategie sociali deformate, le cui soluzioni ai diversi problemi diventano difficoltà a loro volta.

"Miti" e "idee irrazionali" che hanno come comun denominatore, delle vigorose "doverizzazioni": tutto è associato alla nozione del bisogno e della necessità. Sappiamo, da numerosi studi, che il "dovere", essendo un obbligo, spinge inevitabilmente verso l'ansia, e quando l'obiettivo "dovuto" viene mancato subentra un sentimento di fallimento e di depressione. Pertanto, si tratta di "miti" e di "idee" che inducono sentimenti negativi, indebolendo la qualità della vita.

• *I "miti"*

Nelle pagine precedenti si è fatto cenno al mito dell'obbligo e al mito della modestia. A questi ne vanno aggiunti altri due, poiché sono complessivamente quattro le opinioni errate che dominano i comportamenti di molte persone. Ecco qui di seguito, con i concetti che li contraddistinguono, questi miti.

- Il "mito della modestia" comporta la credenza che l'umiltà sia una virtù necessaria, poiché chi si vanta delle proprie qualità è un individuo arrogante e superbo, e le persone altere sono odiose e vengono emarginate. Con queste opinioni, diviene difficile accettare con orgoglio il riconoscimento dei propri meriti. Inoltre, si tende a provare un forte disagio di fronte a degli apprezzamenti, tanto più se si avvertono autentici e meritati. Vi è quasi un'incapacità a parlare bene di se stessi, concentrandosi sugli aspetti meno pregevoli. Se arriva ad essere una credenza profonda, sminuendo i meriti e enfatizzando le mancanze, predispone immancabilmente all'ansia e alla depressione.
- Il "mito del vero amico" è il convincimento che se la corrispondenza di intenti e di affetti tra due amici è sinceramente autentica, allora i bisogni e le intenzioni verranno colte senza doverle dichiarare esplicitamente. È un mito che spesso attanaglia la vita affettiva di coppia: «*Se mi vuoi veramente bene, dovresti capire le mie intenzioni.. Non sarebbe necessario dirtele!*», sono parole che echeggiano in numerose case. Le persone che adottano questo mito, hanno una radicata opinione che vi siano dei valori universali e che le persone che realmente si stimano agiscano pressoché in simbiosi. Va da sé, che la loro esistenza è immancabilmente costellata di delusioni, per cui vanno incontro ad arrabbiature e tristezza.
- Il "mito dell'ansia", per il quale l'ansia è un'emozione di cui vergognarsi, suscita atteggiamenti di rifiuto del disagio e della preoccupazione. È particolarmente evidente nelle persone che sperimentano rossore al viso, le quali provano un estremo imbarazzo per questa loro caratteristica. Infatti, vi è la convinzione che l'ansia sia una debolezza, per cui va tenuta accuratamente nascosta e amministrata gelosamente. Non è raro che queste persone, un po' alla volta, finiscano per coartare anche le altre emozioni, e che, attivandosi per non lasciare trapelare un'eventuale stato ansioso (che è già un'attivazione psicofisica), generino un ulteriore incremento della tensione.
- Il "mito dell'obbligo" è una convinzione molto diffusa, e consiste nell'avvertire ogni richiesta come un penoso dovere da rispettare: questo comporta un'estrema incapacità di rifiutare un piacere o dissentire dalle opinioni altrui. Inoltre, desiderando essere graditi e apprezzati, vivono ogni richiesta fatta agli altri come una sgradevole imposizione, per cui si guardano bene dal domandare qualcosa. In definitiva, nel caso venga loro chiesta una cosa agiscono per obbligo, mentre nel caso in cui siano loro ad aver bisogno non si attivano per paura di obbligare gli

altri. In ottica comunicativa, tale atteggiamento finisce per addossare agli altri la responsabilità di far conoscere i propri desideri o bisogni.

• *Le "idee irrazionali"*

A sostegno dei citati miti, vi sono delle radicate convinzioni che esasperano i concetti di valore e di rispettabilità. Il merito della loro definizione spetta all'americano Albert Ellis (1913-2007), che le ha indicate come "irrazionali": poiché è legge della natura che gli esseri viventi agiscano per il loro benessere, è irrazionale che siamo proprio noi stessi, attraverso determinati pensieri, a procurarci disagi e sofferenze.

Ellis ha individuato 11 modi di pensare irrazionali, mettendoli poi in ordine sulla base della loro percentuale di diffusione. Ecco, qui di seguito, le varie "idee irrazionali", partendo da quella maggiormente presente, esposte con un'estrema sintesi.

1 **Per essere felici bisogna essere stimati da tutta la collettività**. Se si confida in questa idea non si giungerà mai, in realtà, ad essere appagati, poiché è irrazionale ritenere che si "debba" essere apprezzati da tutti. Ma, anche se ciò si verificasse, per qualche miracolo, non si sarebbe ugualmente felici: infatti,il timore di perdere un così vasto consenso non concederebbe di distendersi.

2 **Si deve essere competenti, adeguati e vincenti sotto ogni possibile aspetto per potersi considerare degni di valore**. È irrazionale ritenere che il proprio valore sia determinato da una competenza onnicomprensiva: la pretesa di riuscire sempre crea ansia e ipertensione, dato che spinge, inevitabilmente, al confronto con gli altri e istiga la paura di sbagliare. Meglio sarebbe se si cercasse di fare, comunque, del "proprio meglio".

3 **Le persone perfide e cattive devono essere punite per la loro malvagità**. Tale convinzione deriva dalla dottrina teologica del libero arbitrio, quando ogni comportamento è invece determinato da varie influenze biosociali: le persone sbagliano perché stupide, ignoranti o emotivamente alterate, ed è assurdo incolparle per la loro stupidità, ignoranza o turbamento (il crimine è un'altra cosa). La teoria di punire chi sbaglia, si basa sulla supposizione che la condanna induca a desistere dalle trasgressioni. Ma l'uomo è un animale decisamente soggetto a difettosità: si dovrebbe cercare di capire perché si agisce in modo sbagliato, e cercare d'imparare dagli errori.

4 **È tremendo se le cose non vanno come ci piacerebbe che andassero**. È irrazionale essere frustrati quando non si ottiene ciò che si desidera fortemente: "sarebbe bello" se le cose andassero come ci piacerebbe, ma non c'è ragione perché ciò avvenga realmente. Lasciarci turbare, in modo permanente o esagerato, da una data serie di circostanze , raramente ci aiuta a cambiarle in meglio.

5 **L'infelicità dipende da causa esterne, e gli individui hanno poca o nessuna capacità di controllare le proprie pene**. Abbandonarsi a questa idea significa essere sconvolti quando si verificano cose spiacevoli e ritenere di non averne alcun controllo: sono gli altri, o gli eventi, a renderci infelici, e noi possiamo farci ben poco. La convinzione che non possiamo controllare le nostre emozioni e che l'infelicità ci sia, dunque, imposta a prescindere da ciò che facciamo, è decisamente falsa: dobbiamo riconoscere che siamo "noi" a creare le nostre stesse emozioni negative, e si deve risalire alle frasi illogiche con cui ce le stiamo creando.

6 **Se qualcosa è, o può essere, pericolosa dobbiamo preoccuparcene fortemente e pensare alla possibilità che succeda**. Essere continuamente preoccupati per un pericolo, reale o potenziale, è irrazionale: anche se è saggio pensare preventivamente a un pericolo, ciò che avvertiamo come "ansia", "intensa paura" o "preoccupazione" ha raramente un carattere costruttivo o di prevenzione. Inoltre, ci si dovrebbe rendere conto come le proprie paure irrazionali anziché allontanare i pericoli tendano, invece, ad aumentarli.

7 **È meglio evitare certe difficoltà e responsabilità, piuttosto che affrontarle**. Il ritenere che sia decisamente più comodo fare solamente le cose che sono intrinsecamente piacevoli, evitare

le difficoltà e le responsabilità della vita, porta facilmente alla perdita del'autostima e alla depressione: la fiducia in se stessi nasce solo dal fare qualcosa, e praticamente mai dal rifiuto di agire. Molti ritengono che una vita "facile" sia estremamente appagante, tuttavia le persone non sembrano "felicissime" quando sono inattive e neppure quando sono sovraeccitate. Si dovrebbero fare le cose necessarie, per quanto ci sia sgradito, cercando di trovare metodi intelligenti per evitare gli aspetti inutilmente spiacevoli.

8 **Per essere sereni e sicuri dobbiamo dipendere da qualcuno più bravo e forte di noi a cui affidarci**. Anche credere che sia necessario, benché si sia a favore della libertà e dell'indipendenza, appoggiarsi a uno più forte di noi è irrazionale: pur essendo in una società complessa in cui tutti dipendono, in un certo senso, dagli altri, è irragionevole massimizzare questa dipendenza e pretendere che gli altri pensino e scelgano per noi. Più contiamo sugli altri per farci guidare e aiutare, e meno tendiamo ad agire da soli e, di conseguenza, ad imparare: rendiamoci conto che non è così terribile essere autonomi e responsabili.

9 **È il nostro passato a determinare il nostro comportamento attuale, e ciò che ha influenzato una volta la nostra vita continuerà a farlo**. È irrazionale pensare e agire, ritenendo che quello che un tempo ha condizionato la nostra esistenza dovrebbe rimanere tale per sempre: se ci lasciamo andare troppo agli eventi trascorsi, tendiamo a ricorrere per i nostri problemi a soluzioni che un tempo, magari, si sono rivelate utili, ma che oggi possono essere inefficaci. Inoltre, l'influenza del passato può essere adoperata come ottima scusa per non cambiare le nostre cattive abitudini.

10 **Dobbiamo sconvolgerci per ciò che gli altri fanno o pensano, poiché è estremamente importante per noi stessi**. Molte volte i problemi altrui ci riguardano ben poco: perciò, è irrazionale ritenere che la nostra vita sia terribilmente influenzata dai problemi e dai disturbi altrui, per cui ce ne dobbiamo interessare. Sconvolgerci per il comportamento degli altri significa che pensiamo di avere un notevole potere su di loro: in realtà abbiamo davvero un enorme potere di controllare e cambiare noi stessi, ma ben poco per cambiare gli altri.

11 **C'è sempre una soluzione per tutti i problemi, e per essere felice devo avere la soluzione sicura dei miei problemi**. È irrazionale credere di non poter vivere bene in un mondo dove i problemi non hanno una soluzione perfetta e vi sono incertezze. Per quanto se ne sa, non esiste al mondo alcuna certezza, perfezione né verità assoluta : viviamo in un mondo probabilistico e possibilistico, e non possiamo essere sicuri di niente riguardo alla realtà esterna: il perfezionismo, normalmente, limita le possibili soluzioni di un problema. Quando ci scontriamo con un dilemma esistenziale, dovremmo pensare di scegliere, tra le diverse e possibili soluzioni, quella più pratica e attuabile, invece che quella "perfetta".

INDICE ANALITICO

La "salute mentale" è uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Organizzazione Mondiale della Sanità

ISBN: 978-88-79476812